

La Protection de la Santé de l'Enfant d'Age Scolaire dans le Département de la Moselle

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Mars 1934,

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Monsieur CLODOT Henri Jean-Alexandre,

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy

*Diplômé d'Hygiène de l'Institut Régional d'Hygiène
de l'Université de Nancy*

né à Strasbourg (Bas-Rhin) le 22 Mai 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. J. PARISOT, professeur	<i>Président</i>
	ROBERT, professeur	<i>Juges</i>
	PERRIN, professeur	
	MELNOTTE, agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

M E T Z

Imprimerie Louis HELLENBRAND

4, Rue des Trinitaires, 4

1 9 3 4



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547405_0004

**La Protection
de la Santé de l'Enfant d'Age Scolaire
dans le Département de la Moselle**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Mars 1934,

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Monsieur CLODOT Henri Jean-Alexandre,

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy

*Diplômé d'Hygiène de l'Institut Régional d'Hygiène
de l'Université de Nancy*

né à Strasbourg (Bas-Rhin) le 22 Mai 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. J. PARISOT, professeur	<i>Président</i>
		ROBERT, professeur	} <i>Juges</i>
		PERRIN, professeur	
		MELNOTTE, agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

M E T Z

Imprimerie Louis HELLENBRAND

4, Rue des Trinitaires, 4

1 9 3 4

UNIVERSITE DE NANCY — FACULTE DE MEDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I ☉ ;
WEISS, O *, I ☉ ; BOUIN, O *, I ☉ ; ANCEL, *, I ☉ ;
GARNIER, *, I ☉ ; MACÉ, *, I ☉ ; P. PARISOT, O *, I ☉.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I ☉.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I ☉.
Physique	M. DUFOUR, *, I ☉.
Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I ☉.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRÉLICH, *, I ☉.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O *, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I ☉.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I ☉.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I ☉.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I ☉.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I ☉.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I ☉.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I ☉.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I ☉.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C. *, I ☉.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I ☉.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I ☉.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A ☉, I.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I ☉.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I ☉.
Histoire naturelle et parasitologie	M. G. THIRY, *, I ☉.

Chargés de Cours complémentaires :

Pharmacologie	M. M. PERRIN, *, I ☉, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. J. SIMONIN, A ☉, agrégé.
Pathologie générale	M. SIMONIN, A ☉, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, *, I ☉, agrégé libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A ☉, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses ..	M. DE LAVERGNE, *, I ☉, profes.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, *, I ☉, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. M. BARTHELEMY, *, I ☉, a. lib.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, *, I ☉, agrégé.
Accouchements (Cours théorique) ..	M. JOB, *, I ☉, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A ☉, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A ☉, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, *, I ☉, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A ☉, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique	M. L. MERKLEN, A ☉, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A ☉, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
LAMY, *, I ☉.	DROUET, A ☉.	CHALNOT.
MUTEL, *, I ☉.	SIMONIN, A ☉.	WOLFF.
VERMELIN, *, A ☉.	MERKLEN, A ☉.	POURCINES.
GUILLEMIN, A ☉.	FLORENTIN.	MELNOTTE, O. *.
ABEL, *, A ☉.	BODART.	

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I ☉ ; S. REMY, I ☉ ; BUSQUET, I ☉ ; L. JOB, *, I ☉ ;
M. FAIRISSE, I ☉ ; BINET, *, I ☉ ; BARTHELEMY, *, I ☉ ;
WATRIN, *, I ☉.
M. TRIBOLET, I ☉, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON GRAND-PERE ET PARRAIN

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MA GRAND'MERE

A MON PERE

*En remerciement de tout ce qu'il
a fait pour moi.*

A MA MERE

A MA FEMME

En gage de mon amour sincère.

A MON FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JACQUES PARISOT

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR ROBERT

Professeur de Chimie médicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

M. LE PROFESSEUR MAURICE PERRIN

Professeur de Thérapeutique

Chevalier de la Légion d'Honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MELNOTTE

Officier de la Légion d'Honneur

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

La protection de la santé de l'enfant de l'âge scolaire est une question toujours à l'ordre du jour. Nul n'ignore le puissant intérêt qui s'attache au point de vue sanitaire, au point de vue social, et par conséquent au point de vue national, à toutes les œuvres qui ont pour but de veiller à la conservation de la santé des enfants et par suite à la diminution de la mortalité. Les œuvres les plus intéressantes à ce point de vue sont les colonies de vacances, les préventoriums, les cantines scolaires, les écoles en plein air, et, à la base de toutes ces entreprises, la surveillance de la santé de tous les enfants, la recherche des maladies chroniques et contagieuses, des tares, des malformations, des orientations vicieuses : c'est ce que réalise précisément l'inspection médicale régulière des écoles.

Au cours de ce travail nous avons recherché à établir comment une telle organisation peut se créer, se développer et se perfectionner dans le cadre d'un département. Nous avons choisi le département de la Moselle, où sur place, avec la collaboration affectueuse de ma femme, médecin des écoles de la vallée de l'Orne, nous

avons pu suivre pas à pas le fonctionnement du service d'inspection médicale scolaire, ses rapports avec les œuvres annexes de Protection sanitaire de l'Enfance, ses réalisations et ses espoirs.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur J. Parisot qui, au cours de nos études à la Faculté de Médecine et dans la préparation du Diplôme d'Hygiène et de Bactériologie, nous a enseigné avec maîtrise et clarté les solides principes de médecine préventive. Nous lui sommes particulièrement reconnaissants de nous avoir guidés dans l'élaboration de ce travail et de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons également à remercier :

— M. le Docteur Boulangier, Directeur des Services d'Hygiène du Département de la Moselle, qui, par sa haute compétence et par sa persévérance, a réussi à imposer au département un service d'inspection médicale scolaire remarquable, en voie de progression constante ; nous lui sommes très reconnaissants des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner et de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition sa très vaste documentation.

— M^{me} le Docteur Claveau, Directrice du Bureau d'Hygiène de la ville de Metz, qui nous a suggéré des idées très intéressantes et a bien voulu nous communiquer les dossiers de son très actif service.

— M. Forceville, Inspecteur primaire de la circonscription de Metz-Campagne, qui a très aimablement mis

à notre disposition les photographies de sa très intéressante collection.

— M^{lle} Andriveau, dentiste scolaire, qui nous a fait connaître les principes de fonctionnement et les résultats de la voiture dentaire dont elle assure la direction.

— MM. les Médecins inspecteurs du département de la Moselle, qui ont bien voulu nous témoigner leur intérêt par les renseignements très précieux qu'ils nous ont communiqués.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique

Evolution du service d'Inspection scolaire

Le service de l'Inspection Médicale des Ecoles qui fonctionne depuis longtemps dans toutes les grandes villes d'Europe et dans quelques départements français, a été créé dans le Département de la Moselle en janvier 1926. Rien n'existait depuis l'armistice à ce point de vue, si ce n'est dans la région de Château-Salins, où une œuvre privée, l'Armoire Lorraine, avait, dès 1923, organisé une inspection scolaire dans huit communes de l'arrondissement, soit sur une population scolaire d'environ 500 écoliers.

En mars 1924, MM. les Ministres de l'Instruction Publique et de l'Hygiène adressaient au Préfet de la Moselle une lettre dans laquelle ils l'invitaient à entreprendre, avec le concours du département et des communes, la mise sur pied d'un service d'Inspection médicale scolaire départementale.

En octobre 1925, au cours de sa deuxième session ordinaire, le Conseil Général, après avoir entendu le rapport du Préfet, approuvait le principe de cette création. Le 28 janvier 1926, un premier règlement comportant treize articles fixait les modalités d'application du nouveau service. Par la circulaire du 10 mars 1926, adressée à tous les Maires du département, le Préfet de la Moselle invitait ceux-ci à adhérer à l'organisation des cinq premières circonscriptions d'Inspection médicale scolaire qui avaient commencé à fonctionner dès le 1^{er} février 1926. Depuis ce moment, l'œuvre a continué à fonctionner régulièrement et ne fit que se développer par la suite. Le tableau ci-dessous est suffisamment éloquent pour montrer l'engouement des communes successivement sollicitées, si l'on tient compte que le département de la Moselle comporte une population de 633.461 habitants, dont 77.343 élèves des écoles primaires, répartis en 764 communes.

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
Nombre d'élèves soumis à l'inspection	19.653	26.621	31.510	34.322	45.681	49.135	52.250	55.285
Nombre de communes visitées	58	106	135	153	155	158	174	244
Nombre de circonscriptions	5	7	8	8	8	8	9	9

Le premier règlement de l'Inspection Médicale Scolaire fut modifié le 1^{er} octobre 1928, et il est resté tel jusqu'à ce jour.

Le nombre primitif des circonscriptions, nous l'avons dit, fut fixé à cinq, à savoir :

- 1° Circonscription de Metz avec 17 communes.
- 2° Circonscription de Château-Salins avec 11 communes.
- 3° Circonscription de la Fentsch avec 15 communes.
- 4° Circonscription de Thionville avec 3 communes.
- 5° Circonscription de Sarrebourg avec 12 communes.

Dès 1927, deux nouvelles circonscriptions furent créées, à savoir : l'une dans la vallée de l'Orne, l'autre dans la région de Forbach.

En 1928, 29 communes de la région de Sarreguemines-Wolmunster, avec 4.300 enfants, viennent former une huitième circonscription.

En 1931, on forme une neuvième circonscription, par dédoublement de celle de Sarrebourg en deux secteurs.

L'Inspection médicale scolaire avait commencé à fonctionner avec des médecins inspecteurs seuls, assistés dans leur visite par le personnel enseignant. On se rendit vite compte, surtout dans les grosses circonscriptions, qu'une infirmière scolaire devenait indispensable pour assister le médecin et prolonger son travail au delà de l'école. Réclamées déjà en 1926, ces infirmières, pour des motifs budgétaires, furent d'abord créées en 1927 avec le concours de la Croix Rouge S. B. M. dans les deux circonscriptions de Metz et Thionville. Ce n'est qu'en 1931 qu'une nouvelle infirmière fut nommée dans

la circonscription de la Fentsch et, en 1932, une quatrième dans la vallée de l'Orne. En 1933, une cinquième infirmière était adjointe au médecin inspecteur de la circonscription de Sarreguemines-Wolmunster.

Enfin, dans ces dernières années, l'Inspection Médicale Scolaire du Département de la Moselle s'est enrichie d'une très originale et très heureuse création. En effet, dans sa session d'octobre 1932, le Conseil Général de la Moselle décidait, pour faciliter le traitement des affections dentaires à la campagne, la création d'une Clinique Dentaire Automobile. La première voiture est entrée en service en avril 1933, et devant le succès obtenu, l'achat d'une seconde voiture fut décidé pour 1934.

Comme on peut s'en rendre compte par cette rapide esquisse historique, l'Inspection Médicale Scolaire du Département de la Moselle, bien que sa fondation soit de date relativement récente, et bien qu'elle ne soit pas obligatoire, a rencontré auprès des pouvoirs publics et des populations un succès très encourageant. Quelles sont les modalités d'application, quels sont les résultats obtenus ou à espérer ? C'est ce que nous avons cherché à déterminer au cours des chapitres suivants.

CHAPITRE II

Règlementation de l'Inspection Médicale Scolaire

Organisation et fonctionnement

§ 1. — RÈGLEMENT

L'inspection médicale des écoles de la Moselle est régie par le Règlement du 1^{er} octobre 1928 qui modifie dans les détails le premier règlement du 28 janvier 1926. Nous le reproduisons ci-dessous :

REPUBLIQUE FRANÇAISE

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

R È G L E M E N T

Article premier. — Il est institué dans le département de la Moselle un Service d'Inspection médicale des écoles, administré par le Département avec subvention de l'Etat et des communes. Ce service, placé sous l'autorité du Préfet, fonctionne sous le contrôle du Directeur des Services d'Hygiène, d'accord avec M. l'Inspecteur d'Académie.

Article 2. — Cette inspection s'étend à tous les enfants d'âge scolaire des écoles publiques, mais seules bénéficieront du service les communes qui ont voté la contribution financière de 2 francs par enfant.

Article 3. — L'inspection est confiée à un certain nombre de docteurs en médecine nommés par le Préfet après examen de leurs titres, à raison d'un par circonscription ; les circonscriptions sont établies d'après le chiffre de la population et les moyens de communication.

Si plusieurs candidats sont présentés pour une circonscription ou que la ou les candidatures posées ne paraissent pas présenter de titres suffisants, un concours sur titres aura lieu devant le Jury désigné par le Préfet ; les Syndicats médicaux pourront être admis à présenter des candidats.

Ces médecins, nommés pour trois ans, renouvelables et révocables, recevront :

1° Des honoraires fixes, dont la somme, variable selon l'importance de la circonscription, sera en général établie d'après un taux voisin de 3 fr. 65 par enfant, sauf exception qui serait commandée par des conditions géographiques spéciales. Après trois ans, ces médecins pourront être prorogés avec une augmentation de traitement de 10 % du chiffre initial par chaque période de trois ans.

Le médecin inspecteur des écoles ne peut résilier ses fonctions qu'après un préavis de quatre mois. Ce préavis doit être adressé au Préfet par lettre recommandée.

2° Des frais de déplacement, dont le montant sera calculé d'après le même barème que celui des tournées de vaccinations antivarioliques.

Ces médecins peuvent être suspendus ou relevés de leurs fonctions par le Préfet ; en cas de maladie ou d'empêchement exceptionnel, ils peuvent être remplacés par un médecin agréé par le Préfet.

Le médecin inspecteur doit être entendu au préalable sur les mesures disciplinaires envisagées à son égard.

Article 4. — L'inspection médicale des écoles comporte les services suivants :

1° Visite bisannuelle de tous les élèves avec mensurations, examen du squelette, des poumons et du cœur, des organes des sens, du système nerveux, de la peau, du cuir chevelu : établissement d'un « carnet de santé » sur lequel seront consignés les résultats de cet examen, carnet qui suivra l'élève pendant toute sa scolarité.

2° Mesures d'hygiène générale et spéciale relatives aux maladies contagieuses et à la tuberculose : élimination des élèves atteints de maladies contagieuses, dépistage de la tuberculose et orientation des enfants vers les diverses œuvres et services d'Hygiène sociale du département. Le médecin inspecteur indiquera la durée de l'éloignement de l'école qu'il aura imposé.

3° Inspection des locaux scolaires et de l'hygiène des établissements.

4° Etat sanitaire du personnel enseignant.

Article 5. — Le médecin inspecteur des écoles devra visiter chaque école au moins deux fois par année scolaire : l'une au moins de ces deux visites comportera l'examen complet de chaque élève et l'établissement du carnet de santé ou sa tenue à jour.

Lorsqu'un enfant quitte l'école, son carnet de santé le suit. A cet effet, le Directeur de l'école où l'enfant entre devra réclamer son carnet au Directeur de l'école que l'enfant vient de quitter. En fin de scolarité, les carnets de santé seront remis aux médecins scolaires, pour être transmis à la Direction des Services d'Hygiène.

Il s'attachera, au cours de chacune de ses visites, au dépistage des maladies contagieuses, d'une part, des tares physiques et anomalies de développement, d'autre part.

En aucun cas, le médecin inspecteur des écoles ne doit se substituer au médecin traitant des familles (voir article 9). Il ne lui appartient pas de soigner les enfants. Lorsqu'il aura dépisté un enfant malade ou un enfant atteint d'un vice de conformation, il le signalera aux parents ou tuteurs (à l'aide de la carte-lettre imprimée modèle 4 qui lui est fournie par la Préfecture et qu'il remettra fermée à l'enfant) ; dans cette lettre, il invitera les parents à faire traiter l'enfant, à le faire munir de lunettes, etc..., ce, à leurs frais ou bien aux frais des caisses de maladies, bureau de bienfaisance, etc...

Il notera, pour les signaler au *Dispensaire antituberculeux*, dont le rayon d'activité s'étend aux communes de sa circonscription, les enfants suspects de tuberculose et ceux qui auraient besoin d'être adressés à un sanatorium, ou un préventorium.

Le médecin inspecteur du *Dispensaire* retournera au médecin inspecteur des écoles la liste des enfants signalés, après avoir consigné en regard le nom de chaque enfant, le résultat de la visite et les dispositions prises par le *Dispensaire*. Les enfants désignés pour les colonies de vacances seront signalés par le médecin inspecteur à l'Office Mosellan des Colonies de vacances et à la commune. Il inspectera les locaux scolaires, d'accord avec le Directeur de l'école, et fera part de ses observations au Service d'Hygiène qui leur donnera la suite qu'elles comportent. Il agira de même pour le régime hygiénique des établissements, aération, alimentation, chauffage, éclairage, soins de propreté corporelle, durée du travail, du repos, exercices physiques, etc... Lorsqu'il aura remarqué des enfants malproprement tenus, il attirera sur ce point l'attention des parents, à l'aide de la carte-lettre N° 3 : si cette démarche est sans résultat, l'instituteur en fera part au médecin inspecteur des écoles par lettre.

En cas d'épidémie scolaire, le médecin inspecteur sera prévenu, consulté et tenu au courant.

Enfin, le médecin inspecteur sera consulté sur les projets de construction ou de transformation des locaux scolaires : il a qualité pour proposer dans ce domaine des améliorations.

Article 6. — Lorsque des parents invités par le médecin inspecteur à faire traiter leur enfant par un médecin de leur choix ou à le faire munir de lunettes ou d'un appareil orthopédique, auront déclaré qu'ils ne peuvent s'en charger, soit faute de ressources, soit pour d'autres raisons, le médecin inspecteur, ou par son intermédiaire le Directeur de l'école, en rendront compte par téléphone ou par lettre à la Direction des Services d'Hygiène à Metz, qui leur indiquera les voies et moyens d'assurer d'office à l'enfant les soins jugés nécessaires.

Article 7. — Les médecins inspecteurs des écoles adresseront à la Préfecture (Direction des Services d'Hygiène) les pièces suivantes :

a) le 31 de chaque mois, un compte rendu concernant :

1° le résumé du travail d'inspection : dates des visites, nombre d'enfants visités ;

2° l'état de santé des enfants ;

b) au plus tard le 15 avril et le 15 août de chaque année, un compte rendu semestriel et par commune de la visite des locaux et du matériel des écoles visitées ; pour le premier de ces comptes rendus, il y aura lieu de remplir un questionnaire très complet ; les comptes rendus suivants ne comporteront plus qu'une fiche indiquant d'une part les modifications effectuées, d'autre part les améliorations à réaliser d'urgence et celles à réaliser ultérieurement ;

c) le 31 juillet de chaque année, un rapport général sur son service et un exposé de ses propositions concernant l'hygiène scolaire et le fonctionnement du service ;

d) les constatations faites au sujet des déficiences et des remèdes à apporter aux locaux scolaires sont à consigner immédiatement après la visite sur un cahier. Ce cahier, con-

fié au Directeur d'école, sera présenté au Maire qui le signera ; il sera également présenté au visa de l'Inspecteur primaire à l'occasion de l'inspection des écoles.

Article 8. — Les médecins scolaires s'efforceront d'entretenir avec les médecins praticiens des rapports de collaboration continue, basés sur une confiance mutuelle et une égale compréhension du but social poursuivi. Ils se tiendront aussi en rapport avec les médecins d'arrondissement et seront tenus de leur adresser tous éclaircissements et renseignements utiles à leur service d'hygiénistes.

Article 9. — Les médecins inspecteurs, sauf dérogation exceptionnelle et spécialement autorisée pour ceux qui sont chargés d'une petite circonscription, n'ont pas le droit de faire de clientèle générale et ne doivent en aucun cas traiter les enfants qu'ils auront à examiner à l'école, ni tolérer que ces enfants viennent se faire examiner à leur domicile. La clientèle des caisses de maladie ayant le libre choix du médecin leur est interdite, ainsi que toutes occupations susceptibles de réduire le temps qu'ils doivent consacrer à leur travail scolaire ou d'apporter à celui-ci une gêne matérielle ou morale. Toutefois ils peuvent exercer en même temps les fonctions suivantes : médecin cantonal ou d'arrondissement, médecin vaccinateur, médecin du chemin de fer, dans un poste peu chargé et de même rayon que l'inspection scolaire, médecin expert du centre de réforme et analogues, le tout en dehors des heures de leur travail scolaire.

Le médecin inspecteur s'engage par avance, lors de sa nomination, à s'interdire durant un an, à compter du jour où il viendrait à cesser ses fonctions, de faire de la clientèle dans son ancienne circonscription.

Cet engagement ne lui serait pas opposable au cas où il aurait cessé ses fonctions par suite de la suppression du service organisé par le présent règlement.

Article 10. — *Le médecin inspecteur sera aidé dans la tenue des carnets de santé et la rédaction des lettres aux*

parents, par les membres du personnel enseignant, à qui une indemnité spéciale pourra, à cet effet, être attribuée par le Préfet.

Le Directeur de chaque école aura la garde des carnets de santé et autres documents ; ceux-ci sont absolument confidentiels et seront enfermés par lui à l'abri de toute curiosité.

Il réservera, toutes les fois que ce sera possible, une salle pour l'examen des enfants par le médecin. Il est chargé, en outre, de la garde et du blanchissage des deux serviettes que le département fournira pour chaque école.

Article 11. — Le Directeur des Services d'Hygiène du département assurera la direction et la surveillance du service scolaire : à ce titre, il aura le droit de se rendre, chaque fois qu'il le jugera nécessaire, dans les écoles et d'assister à des séances d'inspection. Il examinera, d'accord avec M. le Directeur de l'Instruction publique, les propositions des médecins inspecteurs et soumettra au Préfet les mesures qui lui paraîtront pouvoir être envisagées. Il adressera deux fois par an au Préfet, le 15 février et le 1^{er} août, un rapport général sur la marche du service scolaire.

Article 12. — M. le Maire de la commune mettra une bascule à la disposition du Directeur de l'école, pour chaque jour d'inspection.

Il fera également reproduire aux frais de la commune, sur le mur d'une salle de chaque école, une échelle métrique graduée depuis 0^m80 du sol jusqu'à 1^m80.

Article 13. — Le département fournit à chaque médecin scolaire :

Deux stéthoscopes en bois,

Deux mètres rubans,

Deux tableaux optométriques de Suellen,

Trois thermomètres.

Lors de la création du service, il fournit deux serviettes par école (pour l'auscultation des enfants). Ce matériel sera

entretenu et renouvelé sur demande et justification de perte ou d'usure présentée en fin de mois à la Préfecture.

Metz, le 1^{er} Octobre 1928.

Le Préfet de la Moselle :

MANCERON.

Ce règlement, toujours en vigueur en Moselle, bien que certains faits nouveaux, telle la création des infirmières scolaires, en aient légèrement modifié le mode d'application (article 10), permet de suggérer les commentaires suivants :

1° En premier lieu, il y a lieu de remarquer que, bien que départementale, l'organisation de l'Inspection médicale des écoles en Moselle est malgré tout soumise au bon vouloir des municipalités. En effet, sont seules admises au bénéfice de cette organisation les communes qui ont voté la contribution financière de 2 francs par enfant et par an. C'est ce qui explique qu'aujourd'hui encore, il existe 520 communes sur 764 qui se privent volontairement de cette œuvre. Il faut noter pourtant que les gros centres ont tous répondu, à l'heure actuelle, à l'appel du Département, et si sur la carte on peut encore relever de larges bandes de terrain privées de l'inspection médicale scolaire, on peut dire que ce sont en général des régions rurales, à population peu dense, placées dans des conditions d'hygiène moins défavorables que les centres urbains ou industriels, et par conséquent nécessitant moins la surveillance systématique des enfants. D'ailleurs, nous rappellerons que, bien que non obligatoire, l'inspection médicale groupe actuellement 55.285

enfants sur une population scolaire de 77.343 enfants d'âge scolaire, soit une proportion de 72 %, et que ce nombre est constamment en progression.

2° Nous remarquerons également que l'inspection médicale ne s'étend qu'aux écoles publiques (article 11) et pratiquement aux seules écoles primaires. On peut s'étonner, en effet, que les écoles privées, les lycées et collèges ne soient pas admis au privilège de cette inspection. Il est vrai que dans ces établissements on rencontre plus volontiers des enfants de parents aisés, ayant toutes facultés pour faire examiner ceux-ci périodiquement par leur médecin traitant. N'oublions pas cependant que l'inspection médicale scolaire ne comporte pas seulement une surveillance individuelle de l'enfant, mais encore une surveillance collective, où sont associées l'hygiène de l'écolier et celle de l'école ; par ailleurs, cet écolier est susceptible de contracter des maladies contagieuses et, à ce moment, une action médicale de prophylaxie sociale doit lui être appliquée. Donc, bien que moins urgente et moins indispensable dans les centres d'enseignement privé ou secondaire, l'inspection scolaire ne devrait cependant pas y être négligée. Les écoles privées peuvent d'ailleurs actuellement, sur leur demande, être admises au bénéfice de l'Inspection médicale.

3° Nous retiendrons également notre attention sur l'obligation pour le médecin inspecteur de fournir périodiquement à la Direction des Services d'Hygiène des rapports détaillés sur le fonctionnement de leur service. Cette façon d'agir est absolument indispensable pour permettre de centraliser toutes les observations qui peuvent être faites par les médecins inspecteurs au cours de

leurs tournées. Elle permet à la Direction de grouper les desiderata de ses médecins, d'y porter remède si nécessaire ; elle lui permet de se tenir constamment en relation avec eux et, par le groupement de leurs observations, d'établir une statistique intéressante. Car, ne l'oublions pas, si la statistique est une chose secondaire dans l'inspection médicale des écoles, elle est cependant indispensable ; elle seule, en effet, permet de se rendre compte exactement de la répartition des affections de l'enfance, de leurs causes, et par là même des remèdes à y apporter ; elle seule permet de contrôler les résultats obtenus.

D'autre part, par leur groupement, les comptes rendus des médecins permettent au Directeur des Services d'Hygiène de fournir au Préfet un rapport annuel très documenté sur la marche générale du service scolaire au cours de l'année écoulée, et de veiller sur l'hygiène de l'enfance et la prophylaxie générale.

§ 2. — LE MÉDECIN INSPECTEUR

1° *Rôle du médecin inspecteur des écoles.*

Le médecin inspecteur est le rouage le plus important de l'inspection médicale scolaire, c'est lui qui y joue le rôle capital. Quelle est, en effet, sa mission ? Le règlement lui enjoint de passer au moins deux fois par an dans toutes les écoles de son secteur, pour une visite générale de l'école et un examen méthodique individuel de chaque enfant. Il établit au cours de ces visites une fiche individuelle ou « Carnet de Santé » pour chacun des élèves soumis à son inspection, fiche dans laquelle sera consigné tout ce qui a rapport au développement

tant physique que psychique des enfants. Son rôle est avant tout un *rôle de dépistage* ; en aucun cas, il ne devra faire de traitement, se bornant uniquement à trier les enfants et à les adresser soit à leur médecin traitant, soit aux œuvres d'assistance scolaire, qui sont seules qualifiées pour établir un diagnostic précis et une thérapeutique adéquate. Nous verrons plus loin sur quels points il devra plus particulièrement porter son attention.

De plus, il veillera à la salubrité, à la bonne organisation et à la bonne tenue des locaux scolaires, étant donné que c'est là que l'élève passe une grande partie de son temps, dans une promiscuité souvent très peu favorable ; il importe donc que toutes les règles de l'hygiène, qui sont très bien fixées dans les règlements, soient strictement observées et exécutées. De cette façon, à côté de la prophylaxie individuelle, il fera de la prophylaxie collective.

Les maladies contagieuses devront également attirer son attention d'une façon toute particulière. Malheureusement, il ne lui sera pas toujours possible d'être présent parreusement, étant donnée l'étendue de sa circonscription, tout où éclatera un cas de diphtérie, scarlatine ou rougeole. Le médecin traitant et le médecin d'arrondissement auront d'ailleurs à prendre toutes mesures de traitement et de prophylaxie dans ces cas. Le médecin inspecteur, outre qu'il devra toujours être consulté sur les mesures à prendre, telles le licenciement ou l'éviction, aura surtout pour rôle de dépister les manifestations franches ou frustes d'affections contagieuses souvent non soumises à l'examen du médecin traitant, tels,

par exemple, la tuberculose au début, la gale, l'impétigo, la pédiculose ou le trachome. C'est là qu'il remplira un rôle véritablement prophylactique, puisque, sans lui, ces affections se seraient souvent propagées sans qu'un médecin ne fût même consulté ou averti.

Sur ce dépistage des maladies contagieuses vient se greffer la question si intéressante du rôle du médecin inspecteur dans l'examen du personnel enseignant. Comment faire cet examen ? Lui suffira-t-il de jeter un coup d'œil sur l'instituteur, ou bien devra-t-il, comme le règlement semble l'indiquer, rechercher sérieusement tous les symptômes que peut seul révéler un examen clinique complété au besoin par un examen radiologique et bactériologique ?

La question est délicate assurément. Jusqu'à présent, autant que nous avons pu en juger, jamais un examen systématique n'a été pratiqué vis-à-vis des maîtres au cours des séances d'inspection. De temps en temps, un instituteur, soucieux de sa santé, provoque spontanément cette consultation ; mais c'est là l'exception. Et cependant, l'Administration, responsable de la santé des élèves, ne se trouve-t-elle pas moralement obligée d'exercer un contrôle sur toutes les causes de contagion ; et la possibilité d'un instituteur en évolution tuberculeuse, par exemple, par le danger considérable qu'elle crée vis-à-vis des élèves, ne devrait-elle pas autoriser cette Administration à exercer un contrôle systématique sur son personnel enseignant ? C'est là un problème social de première importance, que l'instruction et l'honnêteté du corps enseignant devraient permettre de résoudre facilement.

En somme, rien de ce qui, de près ou de loin, touche à la santé de l'écolier ne devra être étranger au médecin inspecteur des écoles.

2° *Connaissances nécessaires.*

Ce rapide exposé du rôle du médecin inspecteur permet de conclure qu'il devra posséder un grand nombre de connaissances solides, sans lesquelles il lui sera impossible de faire œuvre utile. En effet, sans de sérieuses notions de sémiologie et de médecine générale, il sera incapable d'établir d'une façon précise le « Carnet de Santé ». Il devra de plus posséder des notions sur la plupart des spécialités. Il sera *oto-rhino-laryngologiste*, car nous savons la fréquence des affections de la gorge et des oreilles dans l'enfance. Il sera *oculiste*, car les troubles de la vue, souvent insoupçonnés des enfants et de leurs parents, sont à la base de nombreux symptômes signalés par l'entourage. Il sera *stomatologiste*, si l'on songe que les affections de la bouche, par leur fréquence et leurs conséquences éloignées, sont toujours à rechercher. Il sera *psychiatre* enfin, et ce ne sera pas là une de ses moindres qualités : car au cours de ses visites, il aura à déceler, non seulement les anormaux, mais encore les paresseux, les imbéciles, les arriérés, chez lesquels il s'efforcera toujours de rechercher la cause physiologique déterminante de leur retard intellectuel.

Mais, avant tout, le médecin inspecteur ne doit-il pas être un *pédiatre* ? Ne doit-il pas connaître parfaitement tout ce qui a rapport à l'alimentation et au développement de l'enfant ? Celui-ci, en effet, ne l'oublions pas, a sa pathologie propre, souvent plus obscure que celle

de l'adulte et moins facile à dépister. C'est là où, avec le fameux « flair clinique », l'expérience joue le plus grand rôle. Le pédiâtre doit aimer les enfants, il doit connaître leurs réactions, leur psychisme, et ce n'est qu'en les fréquentant beaucoup et longtemps qu'il arrivera à les comprendre.

Et enfin toutes ces connaissances médicales sont-elles suffisantes ? Non, car le médecin d'école doit être doublé d'un *hygiéniste*. Certes, tout docteur en médecine a plus ou moins un bagage d'hygiène théorique, très rapidement emmagasiné et encore plus rapidement oublié. Mais l'hygiéniste vraiment digne de ce nom ne doit-il pas avoir fait des études plus poussées, au cours desquelles, à côté de travaux de laboratoire, il aura eu l'occasion de faire des visites dans les collectivités telles que les groupements scolaires ? Ne doit-il pas être instruit de toutes les notions d'épidémiologie, d'hygiène du bâtiment et plus particulièrement des locaux scolaires ? Ces notions essentielles, il pourra les acquérir au cours de sa profession si spéciale, mais il serait à souhaiter qu'au moment de sa nomination on puisse exiger de lui la possession d'un diplôme spécial, tel celui d'Hygiène et de Bactériologie délivré par plusieurs Facultés de Médecine françaises à la suite de cours théoriques, de travaux pratiques, de stages et d'examens spéciaux.

Et puis, outre ses connaissances, le médecin inspecteur devra faire preuve d'un certain nombre de *qualités morales*. Dans ses rapports avec les enfants, il devra se montrer doux, affectueux, cherchant à capter leur confiance pour provoquer leurs confidences. Avec les maîtres, les autorités publiques, les confrères, les parents,

il devra faire preuve à la fois de tact, de diplomatie et de fermeté. Il devra toujours avoir en vue l'intérêt général auquel il ne devra jamais sacrifier l'intérêt particulier. Songeons enfin au travail souvent fastidieux qu'il aura à remplir, tel celui d'examiner à la file un centaine d'enfants avec la même attention, et demandons-lui d'être patient moralement et résistant physiquement.

3° *Médecin fonctionnaire ou médecin praticien.*

Il nous faut aborder ici une question épineuse qui a soulevé depuis quelque temps de violentes polémiques. Nous nous garderons de prendre parti dans la discussion, nous constaterons simplement que dans le département de la Moselle, l'inspection médicale scolaire, tel qu'en a décidé le Conseil Général lors de sa création, est confiée à des médecins fonctionnaires ne faisant pas de clientèle. Il n'y a d'exception que pour les petites circonscriptions où le nombre d'enfants ne permettrait pas actuellement d'employer un médecin uniquement fonctionnaire.

Voici d'ailleurs ce que disait le Préfet dans son rapport au Conseil Général à la session d'octobre 1925, au sujet de cette modalité d'organisation :

« Cette formule de médecin inspecteur spécialisé, ne faisant pas de clientèle, qui donne de bons résultats dans les départements de l'Hérault et de Seine-et-Oise, ainsi que dans toutes les grandes villes où fonctionne l'inspection médicale des écoles, a paru nettement préférable au système qui a été appliqué dans le Bas-Rhin, et qui consiste à distribuer le service à un très grand nombre de médecins. Il est sage de prévoir, en effet, qu'un

médecin dont l'inspection scolaire sera la situation capitale ou unique, se spécialisera et s'y attachera beaucoup plus, y consacrera beaucoup plus d'efforts et de temps, d'intérêts scientifiques et finalement de compétence, qu'un médecin à qui des honoraires insignifiants imposeraient, en plus de toutes ses préoccupations de clientèle, l'obligation plus ou moins intéressante de passer dans quelques écoles ; d'autre part, le médecin faisant de la clientèle n'aura pas toujours l'indépendance qu'il faudrait pour demander ou ordonner des mesures d'hygiène générale parfois rébarbative. Nous avons en outre considéré qu'un service scolaire assuré par 60, 80 ou 100 médecins prendrait immédiatement un caractère de diversité, de non-uniformité et de non-homogénéité, qui nous rendrait le contrôle extrêmement difficile et nous obligerait à créer à la Préfecture un service central avec de nombreux fonctionnaires. Enfin, si j'en juge d'après les sondages que nous avons pratiqués de divers côtés, l'inspection répartie entre un très grand nombre de médecins nous entraînerait à payer des honoraires beaucoup plus élevés que ceux des médecins inspecteurs de circonscription. »

Certes, l'utilisation des médecins praticiens peut présenter certains avantages, surtout si l'on considère qu'ils seront mieux en relation avec les enfants qui leur sont soumis, les ayant connus et suivis dès leur jeune âge. Mais le médecin fonctionnaire ne prétend nullement se substituer à eux, bien au contraire, puisque son principal rôle consistera à leur adresser, pour le traitement, les enfants qui lui auront paru suspects.

Quels honoraires sont alloués aux médecins inspecteurs en Moselle ? Etant donné la grande étendue de leur circonscription et le nombre élevé d'enfants qu'ils auront à faire défiler systématiquement, la somme de 3 fr. 65 par enfant et par an a paru suffisante au Conseil Général. Le traitement d'un médecin inspecteur varie donc entre 24.000 et 40.000 francs par an, selon l'importance des circonscriptions, avec possibilité d'augmentation de 10 % après chaque période de trois ans. A ce traitement fixe viennent s'ajouter des indemnités de déplacements pouvant approcher de 8.000 francs.

4° Situation du médecin inspecteur dans le cadre de l'organisation départementale d'hygiène.

Le rôle du médecin inspecteur des écoles, tel qu'il est défini par le Règlement, étant essentiellement prophylactique, il importe qu'il ne demeure pas isolé dans son travail scolaire, mais entretienne des rapports étroits et fréquents avec les familles, avec les municipalités, avec le corps enseignant, avec les syndicats médicaux, avec l'Office d'Hygiène Sociale et les Dispensaires. Nous nous proposons, au cours du chapitre V, d'étudier comment, dans l'intérêt des enfants, il devra comprendre cette collaboration. Disons de suite que ces rapports devront toujours être empreints de la plus franche cordialité, que les visites aux maires et aux confrères praticiens devront se répéter le plus souvent possible, que vis-à-vis du personnel enseignant, enfin, la plus large entente sera toujours de rigueur.

L'instituteur est pour le médecin inspecteur un précieux collaborateur ; si l'on ne doit le substituer à lui pour tout ce qui touche les mesures d'hygiène à prendre,

il faut cependant reconnaître qu'il sera le mieux placé pour fournir tous les renseignements utiles concernant la santé générale de l'enfant, la fréquence de ses absences, la qualité de son travail, les détails de son caractère. N'oublions pas également qu'il jouit souvent vis-à-vis des élèves et des parents d'un certain prestige, dont il pourra user pour la mise en application des prescriptions médicales. Sa présence au cours des visites d'examen apparaît donc indispensable, et le médecin inspecteur aura tout intérêt à entretenir avec lui les meilleures relations.

5° *Contrôle.*

Le médecin inspecteur jouit, comme on peut s'en rendre compte, d'une grande indépendance. Il est libre d'organiser ses tournées comme bon lui semble, de consacrer à l'examen des enfants le temps qui lui plaît. Nous supposerons donc qu'il est très consciencieux et aura à cœur de remplir sa tâche honnêtement et loyalement. La Direction sera tenue au courant de son travail par les rapports détaillés et réguliers qu'il lui adressera. Elle pourra, à l'occasion, entendre les doléances des municipalités. De plus, l'article 11 du Règlement prévoit que le Directeur des Services d'Hygiène, qui est chargé de la surveillance du service scolaire, aura le droit, toutes les fois qu'il le jugera nécessaire, de se rendre dans les écoles et d'assister à des séances d'inspection. Enfin, en cas de faute ou négligence professionnelle, le Préfet pourra, après avoir entendu préalablement les explications du médecin inspecteur, prononcer contre lui la suspension ou la révocation. Ajoutons que, jusqu'à présent, de telles mesures n'ont jamais été prises.

§ 3. — L'ASSISTANTE SCOLAIRE

1^o *Nécessité.*

La tâche qui incombe au médecin inspecteur est lourde, surtout dans les grosses circonscriptions. Pourra-t-il seul, ou même avec l'aide du personnel enseignant, mener à bien l'œuvre qu'il poursuit ? On a reconnu depuis longtemps, dans toutes les expériences du même genre tentées jusqu'à ce jour, que c'est là une chose impossible. C'est pourquoi on a songé à lui adjoindre une auxiliaire dans la personne d'une infirmière dite assistante ou infirmière scolaire.

Ces infirmières existent déjà depuis 1874 aux Etats-Unis, où elles sont nommées sur concours. En Angleterre, depuis 1900 on trouve des « *Schoolnurses* ». En Suisse, en Suède, on trouve une organisation semblable.

En France, les infirmières scolaires sont encore peu nombreuses et de création récente. Une circulaire ministérielle du 3 mars 1924 conseillait la création d'assistantes scolaires d'hygiène. Depuis, plusieurs départements ont fait des essais plus ou moins étendus dans ce sens.

En Moselle, lors de la création du Service de l'Inspection médicale scolaire, en 1925, le Préfet déclarait que « le souci de ne pas demander actuellement au Département des dépenses trop élevées le portait à différer la question des infirmières scolaires ». Remarquons toutefois que la circonscription de Château-Salins, antérieure à la création du service départemental, a été, dès 1924, dotée d'une infirmière. En 1926, une infirmière

bénévole de la S. B. M. accompagne le médecin inspecteur de Metz dans ses tournées. En 1927, le Conseil Général votait une contribution financière en vue de l'organisation, par la S. B. M., d'un service régulier d'infirmières scolaires dans la région de Metz, Montigny et environs. En 1929, la même Société pouvait, grâce à une nouvelle subvention, créer un nouveau poste dans la circonscription de Thionville. Enfin, en 1931, le Département prend à sa charge la nomination de nouvelles infirmières, à savoir dans la circonscription de la Fentsch (1931), de celle de l'Orne (1932), de celle de Sarreguemines-Wolmunster (1933). Actuellement, le service de l'inspection médicale est donc doté de six infirmières sur neuf circonscriptions, chiffre encore insuffisant, puisqu'en 1926 le Préfet demandait au Conseil Général des crédits pour deux assistantes scolaires par circonscription.

2° Rôle.

Quel sera au juste le rôle à assigner à ces collaboratrices du médecin ? Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les paroles mêmes du Préfet au Conseil Général à la deuxième session de 1926 :

« Le rôle de ces infirmières scolaires ne consistera pas à aider directement le médecin dans son travail d'examen des élèves ; nous préférons, au contraire, que ce rôle continue à être celui des instituteurs et institutrices ; en général, ils s'y intéressent et le font très bien. Nous souhaitons, au contraire, que l'infirmière soit le bras qui commence la besogne indiquée par le médecin. Son rôle commence là où forcément s'arrête celui du médecin ; elle ira amorcer la mise en pratique de ses

conseils, elle ira parler aux parents pour leur expliquer ce que le médecin scolaire demande ou conseille en faveur de l'enfant. Nous ne craignons pas de dire que le rôle du médecin scolaire ne peut être complet si son influence n'est pas prolongée en dehors de l'école...

« L'infirmière scolaire sera le véritable missionnaire de l'hygiène scolaire et de l'amélioration des classes pauvres, devoir essentiel, croyons-nous, d'une politique saine. »

En fait, les assistantes scolaires ont comme rôle :

a) D'assister le médecin scolaire pendant ses visites scolaires.

b) De faire elles-mêmes des visites de propreté, et d'inculquer aux enfants, au besoin par l'exemple, les principes essentiels de l'hygiène corporelle.

c) De se rendre dans les familles, lorsque les conseils du médecin n'ont pas reçu les applications voulues, pour les convaincre, et au besoin pour les aider dans l'exécution du traitement. Dans ce but, elles pourront être chargées de conduire elles-mêmes les enfants au médecin ou au Dispensaire.

Comme on l'a dit, elles sont les meilleurs agents de liaison entre le médecin scolaire d'une part, les familles, les médecins praticiens et les œuvres d'hygiène d'autre part.

3° *Recrutement.*

Où peut-on trouver des infirmières capables d'assurer leurs fonctions dans les meilleures conditions ? Remarquons tout d'abord que le Règlement est muet à ce sujet, pour la bonne raison qu'il ignore ces infirmières dont la création est postérieure à lui. Au fond, rien de

précis n'existe en Moselle sur les connaissances que l'on peut exiger d'elles. Où les recrute-t-on ? En général, parmi les infirmières diplômées, d'Etat de préférence. D'ailleurs, en cas de candidatures multiples, un concours sur titres est organisé, comme cela s'est produit dans les circonscriptions de la Fentsch et de l'Orne. Que leur demande-t-on ? Outre les connaissances qu'elles auront acquises au cours de leurs stages hospitaliers et de leur instruction théorique, il est à souhaiter qu'elles possèdent les principales notions d'hygiène scolaire ; c'est ce qui leur fait le plus souvent défaut, et ce sera au médecin inspecteur de faire leur éducation sur ce sujet, notamment en ce qui concerne le rôle de l'assistante sage des maladies contagieuses, la tenue hygiénique des scolaire, la visite de propreté, la désinfection, le dépistage, l'alimentation de l'écolier, etc... Cet enseignement théorique sera combiné avec un enseignement pratique, notamment pour les nouvelles promues par un stage scolaire en compagnie d'une infirmière déjà instruite.

En principe, le recrutement des assistantes scolaires est subordonné à leur formation par le médecin inspecteur.

4° *Statuts et Traitement.*

La dépense occasionnée par les infirmières scolaires contribue à grever davantage encore le budget départemental. On avait pensé à un moment, en s'appuyant sur la loi du 15 février 1902, récupérer une partie sur l'Etat et sur les communes. Mais l'arrêté du Conseil d'Etat du 5 janvier 1927 a décidé que la répartition des dépenses de l'inspection médicale scolaire entre les trois collectivités, Etat, Département, Communes, est illégale et ne

doit plus être demandée. En conséquence, la dépense supplémentaire occasionnée par les infirmières scolaires est toute entière supportée par le Département.

Le traitement appliqué aux infirmières scolaires est de 1.000 francs par mois en moyenne.

Leur statut est superposable à celui des infirmières visiteuses de la Tuberculose et de la Puériculture. Elles sont nommées pour un an, renouvelables.

§ 4. — LA VISITE MÉDICALE DES ENFANTS

1° *Lieu de l'examen.*

Le médecin scolaire est tenu de passer au moins deux fois par an dans toutes les écoles de sa circonscription pour y procéder à un examen individuel de tous les enfants ; « l'une au moins de ces deux visites, dit le Règlement (article 5), comportera l'examen complet de chaque élève ».

Comment procède-t-il à cet examen ? Sur quoi doit-il porter plus spécialement son attention ? Voici ce que j'ai pu constater par moi-même en accompagnant assez fréquemment ma femme dans ses tournées d'inspection dans la circonscription de l'Orne :

Le médecin prévient généralement par lettre, quelques jours à l'avance, le maire et le directeur d'école de sa venue, de façon que toutes les mesures soient prises pour lui faciliter son travail. A cet effet, une bascule et une toise auront été préparées.

Où se passera la visite ? Souvent le médecin sera obligé de passer successivement dans toutes les classes, ce qui sera pour lui très ennuyeux, car une classe se

prête mal à un examen sérieux, dans le calme et l'isolement voulu. Aussi, de plus en plus, les écoles (Moyeuivre, Froidecul, Gandrange, Maizières, etc.) ont-elles prévu pour la visite d'inspection un local spécial. De cette façon, il n'y a pas lieu de déplacer la bascule et la toise, le médecin est installé chez lui, de préférence derrière un paravent, et les enfants sont introduits par petits groupes. A noter que les parents peuvent être admis à assister à l'examen de leurs enfants.

2° *Le Carnet de Santé.*

A ce moment commence le travail proprement dit du médecin inspecteur. Il lui faut successivement porter son attention sur tous les élèves qui vont défiler devant lui. Pour être utile à l'enfant, il devra noter ce que chacun d'eux aura présenté de particulier.

C'est là que le « *Carnet de Santé* » commence à jouer son principal rôle. Qu'est-ce que le Carnet de Santé ? C'est une fiche individuelle, attribuée à chaque élève lors de son inscription, et où sont consignés tous les renseignements d'ordre médico-pédagogique relevés au cours des diverses visites. Ce carnet est secret, il est confié au directeur d'école qui doit le garder sous clé. Lors des changements successifs d'école, le carnet doit suivre l'élève. Pour éviter les retards dans la transmission de ce carnet, il a été décidé qu'il appartenait au directeur de l'école nouvelle de réclamer le carnet à l'école précédemment fréquentée par l'élève.

Notons, d'ailleurs, que ce carnet présente une importance considérable. Il devrait, comme on l'a dit, former le chaînon logique d'une organisation d'ensemble, com-

mençant à la naissance et susceptible de suivre au moins jusqu'à l'adolescence, et, mieux encore, pendant toute son existence, la vie médicale de l'individu. De cette façon, il permettrait à tout médecin, lors d'un examen quelconque, de se faire une opinion immédiate sur son malade.

Deux cas se présentent au médecin inspecteur : il s'agit d'un élève nouveau, ou d'un élève déjà examiné :

a) *Si c'est un nouveau* : le carnet est à créer de toutes pièces. Pour en faciliter l'établissement, un questionnaire, en français et en allemand, comme il est nécessaire dans ce pays de frontière, est préalablement adressé aux parents. Ce questionnaire renseignera le médecin sur les maladies et vaccinations antérieures. Il sera complété par la recherche des antécédents héréditaires qui incombe à l'instituteur ou à l'infirmière. Les renseignements anthropométriques, portant sur le poids, la taille et le périmètre thoracique en inspiration et expiration forcée sont consignés par l'infirmière avant la visite médicale. De cette façon, lorsque l'enfant se présente devant le médecin, celui-ci a déjà en mains les principaux éléments de diagnostic.

Il passera alors en revue systématiquement tous les appareils, en portant son attention particulièrement sur les téguments et le cuir chevelu, la gorge et le nez, les ganglions, les poumons, le cœur et l'abdomen. Pour les enfants qui lui paraîtront avoir une vue médiocre, il fera un examen avec l'échelle d'acuité visuelle ; pour ceux qui auront une ouïe défectueuse, il fera l'épreuve de la voix chuchotée ou de la montre pour chaque oreille. Il s'efforcera également de rechercher les affections den-

taires, les déformations squelettiques et osseuses, les hernies, les ectopies testiculaires, etc. Il s'efforcera toujours de dépister les maladies contagieuses, notamment la gale, les trichophities, l'impétigo et le trachome, et n'hésitera pas à exclure séance tenante les enfants qui en seraient atteints. L'examen du psychisme pourra présenter de plus grandes difficultés, mais les renseignements fournis par le maître faciliteront le diagnostic. Il va sans dire qu'il n'hésitera pas à faire les remarques nécessaires aux enfants qui se présenteraient dans un état de malpropreté manifeste ; notamment en cas de pédiculose du cuir chevelu, il préviendra l'enfant des dangers de cette affection, il avertira les parents par lettre, ou par l'intermédiaire de l'infirmière, des soins à lui donner, et au besoin prononcera l'exclusion temporaire.

b) *Si c'est un enfant déjà antérieurement examiné* qui se présente, le médecin portera son attention particulièrement sur les augmentations de poids et de taille. Au besoin, il interrogera l'enfant sur son mode d'alimentation, sur ses maladies intercurrentes. Il s'informera dans quelle mesure ses conseils antérieurs ont été suivis, et en cas de négligence des parents, chargera l'infirmière d'aller les trouver pour les convaincre de l'utilité d'une intervention. Il prendra connaissance des résultats qui auront pu être fournis par l'examen du médecin praticien, ou par les examens radiographiques pratiqués au Dispensaire, résultats consignés par les organismes intéressés sur la demande de consultation.

3° *Conséquences de la visite médicale.*

L'examen des enfants n'est pas suffisant, il faut, en cas de symptômes pathologiques constatés, pousser l'action plus avant. Ce sont les parents qui seront les premiers avertis, et cela au moyen d'une carte-lettre. Au cas où les conseils donnés ne seraient pas suivis, l'infirmière aurait à intervenir.

Pour le médecin inspecteur, son rôle consistera donc en premier lieu à faire un triage des enfants. Il les classera en :

Bien portants,

Douteux à surveiller,

A traiter.

Les examens successifs lui permettront de juger des résultats obtenus, résultats qu'il consignera dans la colonne « Observations médico-pédagogiques ». De plus, il notera sur une fiche spéciale intitulée « Fiche des soins donnés », collée dans le carnet au moyen d'un onglet gommé, toutes les interventions pratiquées au cours de la période scolaire. Signalons, de plus, qu'en cas d'épidémie, il aura à prendre, d'accord avec les médecins d'arrondissement et les services de l'Instruction publique, toutes mesures qu'il pourra juger nécessaires. Enfin, lorsque l'enfant sera prêt à quitter l'école, le médecin inspecteur qui l'aura suivi au cours de tout son développement aura son mot à dire au point de vue de son orientation professionnelle.

§ 5. — SURVEILLANCE HYGIÉNIQUE DES LOCAUX SCOLAIRES

1° *La surveillance proprement dite.*

L'inspection des locaux scolaires est bisannuelle, comme celle des enfants ; elle en est le complément indispensable, car nous savons le rôle considérable que joue l'hygiène de l'école sur le développement des enfants.

L'inspection portera sur les points suivants :

A. — *Disposition des locaux scolaires.*

Lors de sa première visite, le médecin inspecteur établira jusqu'à quel point l'école visitée est en règle avec l'arrêté du 18 janvier 1887 portant sur la construction, le mobilier et le matériel d'enseignement des écoles maternelles et primaires élémentaires publiques.

Il examinera si les salles de classe présentent un cubage d'air suffisant, soit au moins 4,5 mètres cubes par élève, si les fenêtres ont la surface voulue, si le dispositif d'aération fonctionne bien, si le chauffage, l'éclairage et le mobilier sont conformes aux principes de l'hygiène scolaire. De plus, il notera si l'école est pourvue de vestiaires distincts de la classe, si la surface et l'ombrage de la cour sont suffisants, s'il existe des préaux couverts, si les postes d'eau débitent de l'eau potable. Enfin, il portera son attention sur les W.-C., qui doivent être en nombre suffisant et installés selon toutes les règles voulues ; quant aux lavabos et aux bains-douches, il s'estimera heureux s'il peut en faire état dans son inventaire.

B. — *Entretien des bâtiments.*

Mais à côté du dispositif architectural de l'école, pour lequel les remèdes sont souvent difficiles à obtenir, il y

a la question de l'entretien des locaux, et là il sera plus facile de faire œuvre utile. Il faudra donc veiller à ce que le nettoyage soit pratiqué régulièrement, non par les enfants, mais par un personnel spécialisé. Le balayage à sec sera proscrit sévèrement et on en montrera tous les dangers. On préconisera l'huilage des parquets. On veillera à ce que les W.-C. soient toujours dans un état de propreté suffisant. Si les murs et les plafonds sont par trop défraîchis, on demandera leur remise en état. Enfin, on n'oubliera pas certains détails qui ont souvent leur importance, tel l'arrosage des cours et des préaux pendant les mois de sécheresse, le bitumage des rues avoisinant les écoles, etc.

2° *Conséquences de la visite des locaux scolaires.*

Faire des observations sur l'hygiène des locaux est chose assez facile, car nous croyons savoir que les sujets de réclamation ne manquent pas. Mais comment le médecin pourra-t-il obtenir satisfaction, tout au moins sur les points les plus importants ?

a) Tout d'abord, au cours même de la visite, il pourra s'entretenir avec le directeur de l'école sur les mesures de propreté, de nettoyage, d'arrosage qui lui paraissent indispensables. Il pourra aussi, par exemple, donner quelques conseils sur l'aération des classes, sur le mode de chauffage et la température à maintenir dans les salles.

b) Pour les points plus importants, nécessitant l'intervention de la commune, comme par exemple les frais de peinture ou les réparations, il consignera sur un *cahier spécial* toutes les propositions qu'il jugera néces-

saïres. Ce cahier est ensuite remis à la mairie, qui, le plus souvent, est toute disposée à entreprendre les frais de restauration dont elle ignorait souvent l'urgence. Pour les réformes d'une certaine importance, le médecin inspecteur s'efforcera d'ailleurs toujours de s'entendre avec l'architecte communal sur leur mode d'application.

c) Il référera également à la Direction des Services d'Hygiène, grâce à des rapports semestriels, des améliorations à réaliser et des modifications effectuées. Le Service d'Hygiène, de son côté, pourra saisir les services intéressés des questions qui lui paraissent les plus urgentes.

d) Mais puisque le rôle du médecin scolaire est surtout prophylactique au point de vue de la santé des enfants, ne l'est-il pas également au point de vue de la question du bâtiment scolaire ? N'est-il pas à désirer que le médecin soit consulté à l'occasion des projets de construction ou de grosses réparations ? Les demandes réitérées des médecins scolaires semblent avoir été entendues, et nous avons pu constater tout récemment que deux d'entre eux ont été convoqués à une réunion du Comité Départemental des Constructions scolaires (21 décembre 1933) pour donner leur avis sur le projet de construction de nouveaux bâtiments scolaires à Ottange, Marspich, Devant-les-Ponts, Sarrebourg, etc. C'est là, croyons-nous, un excellent procédé pour garantir les écoles de l'avenir des reproches que l'on adresse à celles du passé.

§ 6. — ORGANISATION DE DÉTAIL

Il nous reste à étudier comment est réparti le Service de l'Inspection médicale des écoles dans le départe-

tement de la Moselle. Nous avons vu que, s'adressant actuellement à 55.285 enfants répartis sur 244 communes, il était divisé en 9 circonscriptions. Ces circonscriptions ne sont pas superposables aux divisions administratives du département, mais ont été créées successivement, d'après les besoins, en se basant sur la densité de la population scolaire et les moyens de communication. Nous donnons leurs caractéristiques ci-dessous :

Circonscription	Médecin-Inspecteur	Nombre d'enfants d'âge scolaire	Nombre d'enfants des écoles maternelles	Date de la Création
1) Metz	Dr. Lejeune	8.460	1.926	1926
2) Orne	Dr. Bayer	8.314	789	1927
3) Fentsch	Dr. Pierron	10.917	1.768	1926
4) Forbach	Dr. Kraemer	8.856	877	1927
5) Sarreguemines-Wolmunster	Dr. Nivlet	5.515	658	1928
6) Sarrebourg I	Dr. Mély	920	138	1926
7) Sarrebourg II	Dr. About	848	78	1926
8) Thionville	Dr. Giss	3.058	513	1926
9) Château-Salins	Dr. Mangin	1.359	291	1924

Parmi ces circonscriptions :

Quatre sont dirigées par des médecins strictement fonctionnaires : Metz, l'Orne, la Fentsch, Forbach.

Une est dirigée par un médecin fonctionnaire pouvant faire de la clientèle privée sous certaines réserves : Sarreguemines-Wolmunster.

Une est dirigée par un médecin d'arrondissement : Thionville.

Trois sont dirigées par des médecins praticiens :
Sarrebourog I et II, Château-Salins.

CHAPITRE III

Les bâtiments scolaires dans le département de la Moselle

L'influence des bâtiments scolaires sur la santé de l'écolier est considérable, car c'est là qu'il passe une grande partie de son temps. L'Administration qui oblige l'enfant à fréquenter l'école, doit de son côté s'efforcer de le placer dans un local sain, doté de toutes les innovations de l'hygiène moderne, capable, non seulement de ne pas entraver son développement physique, mais encore d'améliorer sa santé. Certes, il est impossible de nos jours de trouver la perfection à ce point de vue sur toute l'étendue d'un département ; c'est là une question de temps et de crédits, que nous ne sommes pas encore prêts à voir réaliser d'une façon unanime. Mais si l'on ne peut exiger immédiatement la perfection, il est cependant un minimum qu'il semble indispensable d'effectuer le plus tôt possible.

1° LES BATIMENTS SCOLAIRES EN 1918

Au moment du retour du département de la Moselle à la France en 1918, des progrès très importants avaient déjà été réalisés par les Allemands au point de vue de l'hygiène scolaire, particulièrement par la création de nombreux nouveaux bâtiments, inspirés en général des principes modernes. Cet effort avait particulièrement porté sur les villes et les cités industrielles, où la densité de la population imposait plus particulièrement des mesures de ce genre.

Malgré tout, le nombre des locaux insuffisants ou non hygiéniques se montrait toujours très élevé. A la campagne, les locaux insalubres, mal éclairés, mal avoisinés, dépourvus d'annexes nécessaires, étaient la majorité. Dans les centres industriels, l'accroissement rapide de la population rendait vite les locaux existants insuffisants, et l'improvisation de nouveaux groupes scolaires dans des bâtiments désaffectés ou même dans des baraques en planches devint nécessaire.

2° EFFORT D'AMÉNAGEMENT ET DE CONSTRUCTION DE LOCAUX SCOLAIRES

Aussi, dès 1920, un grand effort fut entrepris par les communes du département, avec l'aide de l'Etat, des sociétés industrielles et d'œuvres privées, pour la construction de nouvelles écoles. Mais, en général, il y eut lieu de regretter la lenteur d'élaboration des projets de construction, et la plus grande lenteur encore de réalisation, due à l'hésitation des communes, ignorant la part que l'Etat prendrait à sa charge sur les frais. Ce n'est,



Ecole Jeanne d'Arc, Saint-Avold



Ecole tout acier de Metz

en effet, qu'en 1930 que la législation française sur le calcul des subventions pour constructions scolaires fut introduite dans le département ; depuis cette époque, les communes les plus déshéritées peuvent compter, de la part de l'Etat, sur une aide financière de près des quatre cinquièmes de la dépense.

Signalons entre 1922 et 1930 l'admirable effort de construction de groupes scolaires modernes effectué le long de la frontière sarroise, dans la circonscription de Forbach, sous l'impulsion énergique de M. Forceville, inspecteur primaire, hygiéniste convaincu, qui réussit en huit ans à faire édifier dans cette seule circonscription 40 écoles modèles.

En 1930, 16 nouvelles écoles étaient construites en Moselle, 16 autres en 1931, 25 en 1932. De nombreux autres projets sont à l'étude ou en voie d'exécution.

Parmi les nouvelles constructions, nous citerons l'exemple d'une école toute en acier, établie à Metz, dans les nouveaux quartiers, en 1931. Dans cette école, montée par les soins des usines de Wendel, les murs sont constitués par deux plaques d'acier, entre lesquelles on a entassé de la sciure de bois. Grâce à cette disposition, une température très égale règne dans les classes aux différentes saisons ; le prix de revient d'une telle école est moins élevé que pour les constructions usuelles, sa pose est très rapide — cinq semaines environ — et, d'autre part, il est facile de la transporter rapidement d'un endroit à un autre. Il est question actuellement de transférer l'école tout acier de Metz à Landonvillers.

Parallèlement à l'effort de construction se poursuivait l'effort d'aménagement des écoles ; sur ce point,

hélas, on se heurte souvent à des difficultés insurmontables. Si les travaux de blanchissage des classes et de peinture des boiseries sont de plus en plus faciles à obtenir, par contre pour les adductions d'eau potable, par exemple, la réalisation pratique est bien plus difficile. En 1930, dans une seule circonscription, 61 écoles sont encore dépourvues d'eau potable. De même, à la campagne surtout, l'absence des cours de récréation est encore trop générale : en 1931, sur les 1.470 écoles publiques du département, 396 en sont dépourvues, soit 37 %. Dans 350 de ces écoles la solution apparaît impossible pour diverses raisons : configuration des villages lorrains, possédant la plupart du temps des écoles faisant corps avec les habitations voisines, existence de servitudes locales pour lesquelles aucune concession ne peut être envisagée, absence de terrains contigus à l'école, etc... Les préaux, pour les mêmes raisons, sont encore rares en Moselle.

Pour les bains-douches, un résultat appréciable a été obtenu dans ces dernières années, mais beaucoup reste encore à faire : une vingtaine d'écoles au plus en sont pourvues. Par contre, dans certaines communes industrielles, comme Audun-le-Tiche, Boulange, Aumetz, etc., les bains-douches des usines ont été mis gracieusement à la disposition des enfants.

Signalons également que dans plusieurs écoles des vestiaires, lavabos, etc., ont été installés par les soins de la Société « L'Hygiène par l'Exemple ».

3° INFLUENCE DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

L'inspection médicale des écoles a incontestablement contribué largement à la réalisation des réformes actuelles. Grâce à elle, les imperfections des bâtiments scolaires existants ont été mis en évidence, et si certains points étaient déjà connus des pouvoirs compétents, l'insistance des médecins inspecteurs a eu souvent pour effet de rappeler l'urgence des travaux à entreprendre. Toutes les remarques faites par les médecins à ce sujet au Directeur des Services d'Hygiène sont régulièrement transmises à l'Inspection académique.

Il est à regretter cependant que les médecins d'écoles ne soient pas régulièrement consultés sur les projets d'aménagement ou de construction. Nous avons déjà signalé l'utilité de les recevoir dans les comités de constructions scolaires pour entendre leurs observations ; mais cette mesure, malgré une tentative heureuse, n'a pas encore reçu sa consécration officielle.

4° AMÉLIORATIONS A ENVISAGER

Malgré les nombreux progrès réalisés en Moselle dans l'hygiène du bâtiment scolaire depuis 1918, et surtout dans ces dernières années, de nombreuses améliorations restent encore à envisager. Sans vouloir les énumérer toutes, signalons que dans certaines régions les classes sont encore obligées de fonctionner à mi-temps, ce qui est déplorable à tous points de vue ; à Froidcul même, où une école neuve, parfaite à tous points de vue, a été construite il y a quelques années, deux classes doivent subir ce régime. D'autre part, nous avons vu ailleurs des classes, construites pour 40 élèves au maxi-

mum, en abriter 60 ou 70. La seule solution est la construction de nouvelles écoles ou l'agrandissement des bâtiments existants.

L'aménagement de cours de récréation, de préaux, de vestiaires, de lavabos et bains-douches devra également être poursuivie d'une façon active.

5° FRÉQUENTATION SCOLAIRE

La fréquentation scolaire est en général excellente dans le département de la Moselle. Nous signalons ci-dessous le pourcentage des absences au cours de ces dernières années :

1929 : 4,30 %,

1930 : 3,46 %,

1931 : 4,04 %,

1932 : 4,42 %.

Il y a lieu de signaler que les hivers rigoureux augmentent toujours le nombre des absences. De plus, la fréquentation scolaire est plus mauvaise dans les communes ou agglomérations dépourvues d'école, et où les enfants sont obligés d'accomplir un chemin plus ou moins long pour se rendre à l'école la plus proche. On comprend que les parents hésitent à les laisser partir par mauvais temps ; de plus, le travail en souffre, de même que l'alimentation, ces enfants étant souvent obligés d'emporter avec eux un repas de midi froid.

Nous signalerons comme solution ce qui vient d'être réalisé pour la commune de Saint-Remy, où les enfants doivent se rendre à l'école de Woippy située à 4 kilomètres de là. La municipalité a organisé le transport gratuit des enfants par autobus matin et soir ; de plus, à Woippy, une cantine scolaire est ouverte à ces enfants.

CHAPITRE IV

Etat sanitaire des enfants surveillés par l'Inspection Médicale des Ecoles

Le département de la Moselle présente, au point de vue économique, des aspects très différents. Nous relevons, en effet :

1° Un grand centre urbain, Metz, Montigny, groupant avec les faubourgs une population de plus de cent mille habitants.

2° Des régions de grande industrie, surtout développée au nord-ouest du département, autour de Thionville, Hayange, Moyeuvre et Forbach.

3° Des régions agricoles dans le reste du département, notamment autour de Château-Salins, Dieuze, Sarrebourg, Wolmunster, Bitche.

D'une façon générale, il est facile de prévoir — et l'examen médical systématique l'a démontré — que la santé des enfants sera meilleure dans les campagnes que dans les villes ou centres industriels. En effet, dans

ces derniers surtout, les enfants sont placés le plus souvent dans des conditions d'hygiène déplorable, malgré les efforts sérieux faits depuis quelque temps par les industriels, surtout par la construction de nouvelles cités saines, aérées, spacieuses ; de fait, si l'hygiène de l'habitation est en progrès, le surpeuplement, le manque d'air persistent encore souvent, sans compter la pénurie d'argent encore aggravée par la crise économique actuelle qui multiplie les chômeurs et demi-chômeurs. Comme nous le verrons, le nombre des enfants sous-alimentés n'a fait que croître de jour en jour ; c'est la porte ouverte, on le devine, à toutes les affections contagieuses ou autres.

Dans les campagnes, au contraire, si l'hygiène de l'habitation est en règle générale nettement défectueuse, par contre les enfants peuvent, dans des milieux plus aisés, faire plus facilement leur provision d'air et d'alimentation.

Nous allons passer en revue les principaux points sur lesquels l'attention des médecins inspecteurs a été plus particulièrement attirée.

1° ALIMENTATION

L'alimentation des enfants, surtout dans les grands centres, a paru nettement défectueuse au point de vue qualité, abondance, régularité et variété. Nous avons pu nous-même interroger de nombreux enfants de la région de Moyeuivre sur leur menu quotidien : la plupart ne font qu'un repas composé de café et de pommes de

terre ; parfois un peu de charcuterie, de la viande une fois par semaine ; la soupe et les légumes leur sont à peu près inconnus ; les aliments crus et frais leur font défaut. De plus, depuis l'introduction du nouveau rythme de travail consécutif à la loi de huit heures, les ouvriers qui ont travaillé huit heures de suite ne rentrent à la maison qu'à 14 heures, et c'est le repas principal de la famille ; les enfants qui doivent rentrer à l'école à 13 ou 14 heures ne participent pas à ce repas, et doivent se contenter d'un repas improvisé pour eux avant la rentrée du père.

Enfin, il y a des enfants qui ne mangent pas faute d'appétit, soit qu'ils soient malades ou simplement nerveux, et qu'il faudrait faire manger : beaucoup parmi eux mangeraient s'ils étaient en compagnie d'autres enfants. Nous verrons dans le chapitre suivant ce que l'on a pu faire pour eux par la création de cantines scolaires.

Vis-à-vis de la sous-alimentation, le médecin scolaire est le plus souvent désarmé, car c'est moins une question médicale qu'une question d'assistance. Cependant, par ses conseils répétés, il peut arriver à faire au moins varier la composition des menus. Le médecin inspecteur de Metz préconisait avec raison, en 1929, l'initiation, à l'école, des petites filles de 11 à 13 ans aux travaux de cuisine. Il faut montrer aux parents et aux enfants les avantages de la soupe et des légumes, la nécessité de la régularité des repas. L'infirmière scolaire peut avoir, dans ces cas, une grande influence. D'ailleurs, il semble bien, d'après les rapports, que les conseils portent souvent leurs fruits.

2° TROUBLES DE LA CROISSANCE

Une conséquence, sinon unique, du moins générale de la sous-alimentation, c'est la chétivité fréquente des enfants. Alors qu'en 1931, à Château-Salins, on ne relève que 5,4 % d'élèves chétifs, on en compte en général 60 à 70 % à Moyeuivre ou Hayange.

Mais l'alimentation n'est pas seule en cause : à côté d'enfants négligés, élevés dans un milieu familial défectueux, il faut faire une part aux enfants de guerre, nés dans des conditions fâcheuses, et dont le développement s'en est ressenti assez longtemps. Ces enfants, signalés par les médecins dans les débuts de l'inspeccion, ont d'ailleurs cessé de fréquenter l'école.

De plus, certains enfants présentent des troubles de la croissance en rapport avec des insuffisances des glandes à sécrétion interne : glande thyroïde, hypophyse, thymus, etc. Cette catégorie d'enfants est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, mais le médecin scolaire, devant la complexité de ces troubles endocriniens, peut difficilement faire un diagnostic précis. Parfois son attention sera attirée par un petit goître, par des signes de myxoedème, d'acromégalie, etc. Mais en général il laissera au médecin traitant le soin de préciser la ou les glandes endocrines déficientes et d'instituer une thérapeutique adéquate.

Et puis la fréquentation de l'école elle-même influence nettement le développement des enfants. Alors qu'en général, à la première visite suivant les grandes

vacances, les enfants ont pris un à deux kilogrammes sur la visite précédente, à la visite du second semestre on remarque souvent que le poids est resté stationnaire, à moins qu'il n'ait baissé. Il est difficile de rattacher à une autre cause qu'à celle due aux fatigues de l'enseignement ces modifications dans le développement.

3° PROPRETÉ

C'est là un point également sur lequel les médecins ont à revenir constamment. Au début de l'inspection, ils ont été véritablement stupéfaits par l'état quasi-général de malpropreté des enfants. Par la suite, un réel et très sérieux effort a été enregistré, mais que de choses restent à faire. La propreté du corps et des cheveux est trop souvent négligée. A Metz, en 1927, on pouvait relever 90 % de lentes chez les filles.

Que faire ? La création de bains-douches s'impose évidemment, et reconnaissons que là où ils existent l'hygiène corporelle devient rapidement satisfaisante. A Amnéville, par exemple, où ces bains-douches fonctionnent depuis 1929, un progrès remarquable a été enregistré. Et puis la visite de propreté hebdomadaire ne doit-elle pas être passée régulièrement par les maîtres ?

L'envoi de tracts aux parents peut sembler utile dans certains cas, notamment pour les mesures à prendre contre la pédiculose du cuir chevelu, comme cela se pratique à Paris et à Lyon ; encore la susceptibilité des parents est-elle souvent mise à l'épreuve. Malgré tout, le médecin ne doit pas hésiter à prononcer l'exclusion temporaire des enfants par trop repoussants pour leurs camarades.

Nous signalerons cependant que depuis la création de l'Inspection médicale en Moselle, l'hygiène corporelle a fait incontestablement de sérieux progrès.

4° AFFECTIONS PRÉDOMINANTES

Nous allons passer en revue les affections de l'enfance les plus répandues, sur lesquelles l'attention du médecin scolaire est le plus souvent rappelée. Grâce aux rapports annuels et mensuels, nous avons cherché à préciser la répartition de ces affections parmi la population scolaire du département.

A. — *Tuberculose pleuro-pulmonaire.*

Les médecins inspecteurs font rarement le diagnostic de tuberculose pleuro-pulmonaire, mais ils s'efforcent de faire un triage parmi les enfants suspects qu'ils adressent à leur médecin ou au Dispensaire antituberculeux pour examen radiologique. Parmi eux, 80 % au moins répondent au conseil qui leur est ainsi donné. Souvent, soit au moins dans 75 % des cas, l'examen pratiqué ne montre rien de particulier. Cependant, étant donné l'état général souvent déficient de ces élèves, le Dispensaire prend vis-à-vis d'eux toutes mesures de prophylaxie ou de traitement qu'il juge utiles. Quant aux enfants présentant des signes de tuberculose confirmée, il les fait bénéficier autant que possible de la cure qui leur convient.

Quelle est la proportion des enfants suspects relevés au cours des visites d'inspection ? Elle est plus forte dans les grands centres, urbains ou industriels. Nous relevons à Metz :

6,7 % en 1927,

9,5 % en 1928,

7,7 % en 1931.

Dans la circonscription de la Fentsch, 6 % des enfants en moyenne ont été adressés au Dispensaire, 5,42 % en 1930 dans la vallée de l'Orne, 5,50 % dans la région de Forbach. A Sarrebourg et Château-Salins, par contre, 2 % seulement des enfants ont nécessité un examen radiologique. A Wolmunster, la proportion se ramène à 1 %.

La répartition de la tuberculose est donc très variable dans le département. Nous signalerons, pour l'avoir observé nous-mêmes, une commune où la tuberculose fait de véritables ravages : c'est Moyeuvre-Petite, en plein centre minier, où sur 80 élèves, 10 sont suivis par le Dispensaire pour des lésions confirmées. Dans cette même commune, en 1929, sur 5 décès, 4 sont dus à la tuberculose pulmonaire, et cela sur une population de 491 habitants. Par contre, dans d'autres villages de la campagne lorraine, la phtisie n'apparaît que sous forme de cas isolés.

B. — *Syphilis.*

La proportion des enfants hérédosyphilitiques, présentant des stigmates apparents, est difficile à apprécier. Cependant, elle paraît être surtout forte dans les régions industrielles de Thionville et Moyeuvre, où le nombre des étrangers de toutes provenances est très important. Dans la circonscription de la vallée de l'Orne on relève environ 5 % d'enfants présentant des signes d'hérédosyphilis nette.

C. — *Affections rhino-pharyngées.*

On sait la fréquence chez les enfants des hypertrophies du cercle lymphatique de Waldeyer et leur retentissement sur l'état général. Les végétations du nasopharynx et les grosses amygdales infectées ont été relevées, selon les années et les régions, chez 3 à 10 % des enfants et signalées aux parents en vue d'intervention. Un grand nombre d'amygdalectomies sont pratiquées chaque année grâce à l'inspection médicale scolaire.

D. — *Affections auriculaires.*

Les écoulements d'oreille persistants dus à des otites moyennes négligées ayant souvent entraîné de la diminution de l'acuité auditive, ont été relevés chez 1 à 2 % des enfants. Un traitement symptomatique ou étiologique a pu être mis en œuvre chez 50 % d'entre eux.

E. — *Affections oculaires.*

Nombreux sont les enfants atteints de troubles de la vision souvent méconnus. Ainsi dans la circonscription de Metz, 318 enfants sont signalés en 1927 comme ayant besoin de soins d'un oculiste. La plupart y sont allés et portent maintenant des lunettes. En général, la proportion des enfants ayant besoin de soins oculistiques est de 3 à 7 %. C'est donc là un problème important de l'inspection médicale scolaire, puisqu'il est relativement facile d'y porter remède.

F. — *Déformations osseuses.*

Le nombre des déformations osseuses paraît également très important. Il varie entre 10 et 25 % ; ces défor-

mations sont dues aussi bien à la mauvaise hygiène alimentaire, qu'aux attitudes vicieuses prises par les élèves à l'école et à la maison. Et c'est ainsi que les cyphoses, les scolioses, les décollements des omoplates finissent par devenir d'observation courante.

Cependant, il semble bien que là aussi la prophylaxie et la thérapeutique puissent aboutir à des résultats tangibles. Que faire ? On peut, selon les cas, corriger la vision, augmenter l'éclairage des classes, réformer le mobilier scolaire mal adapté, intensifier l'aération, et surtout porter ses efforts sur l'exécution régulière et méthodique de la gymnastique.

Enfin, à côté des déformations peu importantes et susceptibles d'être améliorées par la gymnastique, les médecins scolaires ont eu à s'occuper de cas plus sérieux nécessitant l'envoi des enfants dans des cliniques spécialisées, soit à Berek, soit à Nancy, soit à Strasbourg (Hôpital Sainte-Stéphanie).

G. — *Affections dentaires.*

L'hygiène buccale est bien souvent négligée en Moselle, et les médecins inspecteurs ont été frappés de la fréquence imposante des enfants atteints de carie dentaire. Il ne paraît pas exagéré de dire que 80 % au moins des enfants auraient besoin des soins d'un dentiste. Nous verrons comment la question a été résolue tout récemment.

H. — *Arriération mentale.*

La proportion des enfants arriérés est de 1 % environ. Les médecins scolaires s'efforcent de dépister ces

enfants et de les diriger, à Metz, sur l'Ecole Auxiliaire pour anormaux; soit, dans les cas plus graves, sur un hôpital spécialisé, tel l'Hospice J.-B. Thierry de Nancy-Maxéville. Nous verrons comment l'organisation de consultations psycho-médicales peut les aider dans ce travail.

Signalons que le Département a acquis en 1932 le château de Verny pour y organiser une école internat pour anormaux ; cette école ne fonctionne pas encore actuellement.

I. — *Affections ganglionnaires.*

Les médecins inspecteurs ont été également frappés par la fréquence considérable des hypertrophies des ganglions cervicaux et sous-maxillaires qu'on retrouve chez près de 60 % des enfants.

La plupart de ces adénites ne sont cependant pas de nature tuberculeuse. Dans la plupart des cas, on trouve à l'origine, soit des caries dentaires, soit de la pédiculose du cuir chevelu, soit une amygdalite chronique.

5° MALADIES CONTAGIEUSES

Les médecins scolaires n'ont pas eu, au cours de ces dernières années, à signaler d'épidémies vraiment étendues. La rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la varicelle font périodiquement leur apparition dans différentes régions, mais sans prendre une extension alarmante. Par contre, la diphtérie sévit avec plus de fréquence, et dans certains centres, particulièrement autour de Hagondange, elle est un danger presque constant pour la population scolaire.

Les médecins scolaires ont rarement à faire le diagnostic de ces affections. Cependant, quand le cas se présente, ils prononcent immédiatement l'exclusion de l'enfant et avertissent le Bureau d'Hygiène ou le médecin d'arrondissement. Par contre, ils sont prévenus par la Sous-Préfecture des mesures de licenciement ordonnées et ont à donner leur avis sur l'opportunité de ces mesures.

De plus, ils ont fréquemment l'occasion de dépister des affections contagieuses ayant échappé au traitement médical. Pour *la gale*, par exemple, une proportion de 1 % environ des enfants en ont été trouvés porteurs et l'exclusion immédiate, jusqu'à la guérison, a été ordonnée. Signalons également une épidémie de *trachome*, découverte par le médecin inspecteur de Metz en 1927. 46 enfants suspects ont été adressés cette année au spécialiste, dont 25 furent confirmés et traités ; en 1928, 19 nouveaux cas furent signalés et traités ; en 1929, 2 nouveaux cas seulement ; depuis, cette affection semble avoir disparu. Elle fut surtout relevée parmi les enfants d'immigrés venus de l'Europe Orientale s'établir à Metz.

Dans la lutte contre les maladies contagieuses, le médecin scolaire peut encore jouer un rôle utile, par exemple en faisant afficher dans les écoles un tableau d'éviction, comme cela s'est fait dans certaines circonscriptions, ou encore en faisant des prélèvements de gorge chez des enfants suspects d'être porteurs sains de bacilles de Löffler. Enfin, dans certains cas, on lui a confié la mission de pratiquer des vaccinations antidiphthériques.



*Ecole de plein air de Landonvillers de la Ville de Metz
Vue générale*



PHOTO PRILLOT, METZ

*Ecole de plein air du Parc du Saulcy de la Ville de Metz
Classe de garçons en plein air*



Préau de l'école de Merlebach-Reumaux



Soupe scolaire à l'école de Merlebach-Reumaux

CHAPITRE V

Résultats de l'Inspection Médicale des Ecoles en Moselle. Ses rapports avec les Œuvres de Protection de l'Enfance

L'exposé de la situation sanitaire de l'enfance, tel que nous l'avons fait au chapitre précédent, ne suffit évidemment pas à réaliser les buts de l'inspection médicale scolaires ; ce n'est, au contraire, qu'un tableau de tout ce qu'il faudrait pouvoir faire pour améliorer la santé de l'enfance.

Comme le dit très bien le Docteur DUVERNOY :

« L'opinion publique, prompt à la critique, se demandera immédiatement après la visite du médecin inspecteur, quels ont été les résultats pratiques de celle-ci. Si elle se borne à conseiller de conduire l'enfant à son médecin de famille, les parents trouveront que c'est un bien minime résultat pour beaucoup d'argent dépensé. Il faut qu'ils se rendent compte que l'on a fait quelque chose pour leur enfant...

« La première question qui vient à l'esprit est celle-ci : Quelles possibilités de traitement allez-vous me donner ? M'aiderez-vous à placer cet enfant, soit à la campagne, soit à la montagne ? Fournirez-vous aux parents pauvres la possibilité de faire suivre un traitement salin ? Donnerez-vous à certains l'éducation physique qui leur est indispensable ? Avez-vous les moyens de sortir d'un milieu contaminé un enfant que la maladie guette et qui ne demande qu'à vivre ?

« Ainsi l'inspection des écoles doit-elle être précédée de toute une organisation d'hygiène départementale. »

Nous allons donc résumer le fonctionnement et l'essor de toutes les œuvres annexes dont peut disposer le médecin scolaire en Moselle. Nous verrons comment la liaison entre ces deux organismes a pu et doit s'établir : ce sera le moyen le plus sûr de juger les résultats pratiques du service de l'inspection scolaire.

1° LES DISPENSAIRES

Le Dispensaire antituberculeux est l'organisme le plus important de la lutte contre la tuberculose, on n'en discute plus aujourd'hui l'utilité ni les résultats. Aussi les médecins scolaires s'efforcent-ils de se tenir en liaison constante avec lui. Le département de la Moselle est assez bien doté à ce point de vue. Il y fonctionne, en effet, actuellement, 16 dispensaires répartis dans les endroits suivants : Metz, Creutzwald, Dieuze, Forbach, Sarralbe, Merlebach, Sarrebourg, Bitche, Gœtzenbruck, Thionville, Algrange, Hayange, Moyeuvre, Audun-le-Tiche et Remilly.

Ces dispensaires relèvent de l' « Association Alsacienne et Lorraine contre la Tuberculose ». Ils sont placés sous le contrôle de la Direction des Services d'Hygiène.

Chaque circonscription scolaire a donc au moins un dispensaire dans son rayon d'action.

Comment se fait la liaison ? Le médecin inspecteur, au cours de sa visite, fait le dépistage des enfants suspects et les note sur une liste qui est adressée au dispensaire. De plus, les parents sont prévenus par une carte-lettre ou par la voie de l'infirmière scolaire. Si les enfants ne sont pas conduits dans les délais voulus au dispensaire, celui-ci envoie ses infirmières-visiteuses qui font une enquête à domicile et convoquent les enfants. Parfois, c'est l'infirmière scolaire qui est chargée de conduire les enfants à la consultation, les parents prétextant n'avoir pas le temps nécessaire. Enfin, dans certaines circonscriptions, comme à Metz, le médecin inspecteur examine lui-même, le jeudi, au dispensaire, les enfants qui lui ont paru suspects ; cette initiative permet de resserrer davantage encore la liaison entre le médecin d'école et l'Office d'Hygiène Sociale.

Nous verrons plus loin les ressources dont dispose le dispensaire pour le traitement des enfants déjà contaminés ou risquant de l'être à brève échéance dans le milieu où ils vivent : œuvre Grancher, colonies de vacances, écoles de plein air, préventoriûms. Si l'enfant ne paraît pas justifier immédiatement de l'une de ces mesures, le médecin inspecteur continuera à le surveiller, et au besoin le renverra au dispensaire.

Comment le médecin inspecteur sera-t-il prévenu du résultat de l'examen pratiqué ? S'il a pratiqué lui-même cet examen, la réponse est simple ; dans les autres cas, il reçoit régulièrement une fiche du dispensaire, portant notamment sur le résultat de la radio et de la cuti-réaction, et au besoin sur les mesures envisagées. Ces fiches seront jointes au « Carnet de Santé ».

A côté de la tuberculose, les médecins scolaires ont également l'occasion de dépister parfois des cas d'hérédo-syphilis certaine, nécessitant la mise en application d'un traitement spécifique. Les dispensaires antivénériens, au nombre de huit en Moselle et répartis à Metz, Merlebach, Moyeuvre, Audun-le-Tiche, Creutzwald, Sarreguemines, Sarrebourg et Thionville, leur sont tout indiqués pour y adresser ces enfants.

Enfin, pour le traitement d'affections diverses, telles que les impétigos, conjonctivites, écoulements d'oreille, gale, phtiriase, etc., il existe à Metz le dispensaire-école de la S. B. M., rue de la Glacière, qui vient en aide aux enfants nécessiteux, n'appartenant pas à des caisses de malades, par la prestation de soins et de médicaments gratuits. Ce dispensaire possède également une consultation de spécialistes, notamment d'un oculiste, et, en cas de besoin, paie tout ou en partie des lunettes aux enfants. Le médecin inspecteur de Metz adresse en moyenne 200 à 300 enfants par an à cette œuvre.

2° COLONIES DE VACANCES

L'effort accompli en faveur des colonies de vacances a été très marqué en Moselle au cours de ces dernières années, et il semble bien que l'inspection médicale sco-

laire ait contribué pour une large part à la diffusion de cette œuvre.

Nous ne rappellerons pas les heureux effets des colonies de vacances sur le développement physique des enfants débiles, mal nourris, mal aérés, prêts à contracter toutes les maladies. Les médecins inspecteurs ont régulièrement noté une reprise de poids, une amélioration de l'état général chez les enfants revenant de la mer ou de la montagne après un séjour suffisamment prolongé.

En Moselle, des œuvres très diverses, privées ou publiques, ont cherché à organiser des colonies de vacances. Elles ont été groupées en 1928 en une association dite « Office Mosellan des Colonies de vacances et Ecoles en plein air », dont le siège social est à Metz, 4, rue au Blé.

« Le but de cet Office est d'assurer au plus grand nombre possible d'enfants des séjours prolongés au grand air, dans les meilleures conditions physiques et morales. C'est à la fois un centre de renseignements et un organe de liaison pour les œuvres de colonies de vacances et d'écoles en plein air déjà constituées, les familles, les établissements d'enseignement, les municipalités et l'inspection médicale scolaire.

« Il se propose aussi d'être un centre de propagande en faveur de la vie au grand air, et de faire appel à la générosité publique en vue de la multiplication en Moselle des institutions qui tendent au but indiqué dans le premier paragraphe du présent article » (article 2 des statuts).

L'activité des œuvres mosellanes s'est manifestée de diverses manières, et l'on peut les classer en trois groupes :

1° Œuvres possédant un immeuble qu'elles ont acquis ou loué, et ayant à leur charge et les enfants et l'immeuble.

2° Œuvres adressant des enfants dans une colonie de vacances internat, et étant responsables du prix de journée qu'elles acquittent en totalité ou en partie.

3° Œuvres organisant des garderies en plein air de la journée ou de la demi-journée ou des camps de vacances.

En 1932, 675 enfants ont bénéficié de 16.398 journées gratuites et 2.750 journées payantes dans les quatre colonies propriétaires : de Sarre et Moselle à Pornic, de la colonie israélite de Gorze, de la commune de Hagondange à Baerenthal et de la ville de Sarreguemines à Neunkirch.

883 enfants ont été adressés par les municipalités (Amnéville, Metz, Montigny), les Sociétés industrielles de Knutange et Rombas, par les Comités de Croix Rouge et par les Dispensaires dans les colonies existantes :

- à la mer : Saint-Valéry-en-Caux, Berck-Plage, la Pinède de la plage d'Hyères, etc. ;
- à la montagne, dans les Vosges (Tierenbach) et le Jura.

Les familles n'ont remboursé que 9.337 journées et les œuvres ou collectivités ont eu 21.617 journées à leur charge.

Soit pour ces deux catégories de placements :

1.558 enfants qui ont totalisé 38.015 journées payantes,
12.087 journées gratuites.

La colonie de vacances en Moselle est devenue pour les 16 dispensaires et les 5 comités de Croix Rouge

rattachés à des dispensaires une excellente arme de lutte antituberculeuse ; les écoliers, excellents vendeurs du timbre antituberculeux, en sont aussi les bénéficiaires.

Signalons qu'en 1934, le Département a organisé à ses frais des colonies de vacances à Berck et à la Plage d'Hyères.

L'heureuse caractéristique des œuvres mosellanes est que le triage des enfants dans les dispensaires ou au cours des inspections médicales scolaires est presque toujours la règle ; il faut s'en féliciter et encourager toutes les œuvres à travailler toujours en collaboration avec ces organisations officielles dont le concours est indispensable pour obtenir un bon rendement.

La troisième catégorie de placements : garderies de jour et campements scouts, a permis à 1.448 enfants de jouir du grand air en 1932.

Les quatre groupes scouts sont de plus en plus florissants ; il faut signaler le bel effort des Eclaireurs de Hagondange dans leur camp des Vosges, où ils ont loué et aménagé un local.

Les colonies demi-pension de Hayange et Audun-le-Tiche sont très intéressantes ; leurs résultats en sont l'indiscutable preuve.

La garderie de l'après-midi fonctionne pendant les vacances à Hayange pour les garçons (Société de Tournebride) et au Stade Bellecroix à Metz ; cette dernière notamment connaît un très grand succès. Créée en 1927, elle n'a d'abord fonctionné que les après-midis avec cinquante enfants environ ; pendant l'été 1932, la colonie a complété sa garderie de l'après-midi par une colonie de la journée fonctionnant simultanément et qui a permis

de fournir 7.412 repas, dont 6.792 gratuits à 218 enfants pendant 35 jours. A noter que les enfants fréquentant le Stade Bellecroix sont désignés par le médecin inspecteur de Metz ; les parents sont d'ailleurs libres d'y envoyer leurs enfants moyennant une légère rétribution. Au cours de l'après-midi, ces enfants reçoivent un goûter ; ils sont surveillés par un personnel rétribué.

Il est à peine besoin d'insister sur l'effort financier des communes, des œuvres et de tous les particuliers, qui a permis de réaliser tous ces placements. Le Conseil Général, qui a voté 43.100 francs à cet effet pour l'année 1932, a permis d'encourager ces efforts.

3° ECOLES DE PLEIN AIR

Une organisation très intéressante également au point de vue de la lutte antituberculeuse est la création d'écoles de plein air, qui tendent à se généraliser de plus en plus. Il en existe actuellement quatre en Moselle, à savoir :

Pour Metz : un externat à l'île du Saulcy, un internat à Landonvillers, en pleine campagne.

Toutes deux fonctionnent toute l'année scolaire.

Pour Forbach : un externat à Forbach, fonctionnant également toute l'année.

Pour Hagondange : un internat à Baerenthal, ne fonctionnant qu'en juin et juillet, pour se transformer ensuite en colonie de vacances.

Nous allons examiner plus particulièrement le fonctionnement de l'école de plein air de Landonvillers. Créée en 1932, cette école groupe 20 garçons et 20 fillettes, placés dans des conditions d'hygiène remarquables. Le

recrutement de ces élèves fait l'objet d'un triage très soigneux. Les enfants chétifs signalés par le médecin des écoles de Metz sont examinés au Dispensaire antituberculeux : l'examen clinique est complété par une radioscopie, une cuti-réaction à la tuberculine et, suivant les cas, par un examen du nez et de la gorge par le spécialiste. L'enquête médico-sociale permet de choisir en majorité les enfants appartenant à des milieux nécessiteux, mal logés et mal nourris.

Les enfants choisis sont adressés à la clinique dentaire scolaire pour remise en état de leur bouche avant le départ ; ils sont revus par le médecin la veille du départ, afin d'éviter l'éclosion de maladies contagieuses à l'école même. Cette pratique, rigoureusement appliquée, a été efficace ; aucune maladie contagieuse n'a été constatée à Landonvillers.

Les heureux effets de la cure d'air, de la gymnastique quotidienne et de l'alimentation saine et régulière (riche en vitamines par les fruits frais) ont permis d'observer :

1° Une augmentation du poids variant, chez les garçons, de 500 grammes à 2 kg. 500, et chez les filles de 500 grammes à 3 kilogrammes par semestre.

2° Une augmentation de taille d'un centimètre chez la plupart des enfants.

3° Une amélioration de l'appétit devenu plus régulier, une amélioration de la tenue, particulièrement chez les garçons, et surtout une amélioration de l'état général : joues plus colorées, yeux moins cernés et l'expression plus joyeuse et plus franche, un début de transformation physique et morale.

La visite médicale hebdomadaire permet de suivre les enfants, de ne négliger aucun détail de leur santé, de faire appliquer les traitements convenables ; la plupart des tousseurs et bronchiteux se sont améliorés.

La douche quotidienne a été appliquée avec succès à quelques nerveux. Il a été nécessaire d'augmenter les heures de repos pour quelques enfants chétifs ; la présence d'une infirmière dévouée a permis de noter les degrés de température de fatigue après un exercice violent ou une marche chez quelques-uns d'entre eux.

Tous les trimestres, l'examen spirosopique et la mensuration du périmètre thoracique permet d'apprécier avec exactitude les gains obtenus.

On ne peut donc qu'encourager l'extension de telles écoles de plein air, qui permettent de rendre les plus grands services à la population scolaire nécessiteuse de nos grands centres urbains et industriels.

3° PRÉVENTORIUMS

La lutte antituberculeuse est complétée encore par le placement au préventorium des enfants prétuberculeux ou vivant dans des milieux contaminés. Ce sont les dispensaires qui se chargent de ces placements dans les préventoriums de Queuleu et Vernéville en Moselle, soit en dehors du département à Flavigny, Saint-Dié ou Marbach.

4° CANTINES SCOLAIRES

Pour lutter contre l'état de sous-alimentation de nombreux enfants, état qui n'a fait que s'accroître du fait de la crise économique actuelle, les pouvoirs publics

et les œuvres privées ont organisé depuis quelques années des soupes ou cantines scolaires : c'est là une initiative du plus haut intérêt, qui concerne à la fois le sociologue et l'économiste, les services d'hygiène et d'assistance. C'est, en effet, l'une des formes les meilleures, les plus efficaces, les plus suivies de l'assistance au chômage que de contribuer à l'alimentation des enfants.

Les premières tentatives dans cette voie remontent à 1927 : à cette époque nous voyons, par exemple à l'école israélite de Metz, distribuer en hiver du café chaud aux enfants nécessiteux.

Puis des communes et des œuvres privées organisent des cantines scolaires, notamment à Metz, Boulange, Hayange, Moyeuve, etc. Le Département, de son côté, décide de participer aux frais en accordant une prime de 0 fr. 25 par enfant et par repas. Cette subvention a été augmentée régulièrement chaque année, au fur et à mesure de la multiplication des cantines. Nous relevons en effet :

1930 :	10.000 francs,
1931 :	30.000 —
1932 :	50.000 —
1933 :	75.000 —
1934 :	75.000 —

soit pour 300.000 repas.

Actuellement, la distribution de soupe et d'aliments aux enfants se fait dans de nombreuses communes, surtout dans les centres industriels où son utilité est incontestable. Les enfants fréquentant les cantines ont en général présenté une augmentation de poids appréciable.

5° LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

La vaccination contre la diphtérie par l'anatoxine de Ramon a fait de sérieux progrès en Moselle, grâce à la propagande active menée par les journaux et les tracts. De nombreux parents font aujourd'hui spontanément vacciner leurs enfants par leur médecin.

Mais pour permettre d'étendre à tous les enfants le bénéfice de cette organisation, il est nécessaire, comme pour la variole, d'organiser des séances de vaccination gratuites.

A cet effet, le Conseil Général a voté en 1929 un crédit annuel de 20.000 francs ; en 1930, ce crédit a été porté à 100.000 francs, et à 125.000 en 1933. Il est à remarquer d'ailleurs que, selon l'instruction du Ministre de l'Hygiène du 11 avril 1928, une partie de cette somme, soit 62 %, est récupérable sur les communes et l'Etat.

Sur ce crédit, une part, soit environ 10 %, permet d'acquérir la quantité d'anatoxine voulue, l'autre est destinée aux honoraires des médecins. Une somme de 10 francs pour les trois piqûres a été acceptée par le Syndicat médical. De cette façon, 9 à 10.000 enfants par an peuvent être vaccinés.

Les séances de vaccination se font en général à l'école, aux heures de classe, ce qui permet plus facilement de rassembler les enfants. Le consentement par écrit des parents a été sollicité auparavant au moyen d'un imprimé exposant les avantages de l'opération. Les petits enfants de 2 à 6 ans sont également convoqués à ces séances. On organise environ quatre séances par

commune, espacées de quinze jours au moins ; de cette façon, les enfants ayant été absents à l'une des séances, peuvent malgré tout recevoir les trois injections.

La vaccination est faite, soit par un médecin praticien, soit par le médecin inspecteur de la circonscription.

Pour éviter de faire des vaccinations inutiles, il serait peut-être utile de contrôler la réceptivité des enfants vis-à-vis de la diphtérie au moyen de la réaction de Schick ; il est vrai que cette mesure se heurte à un certain nombre de difficultés d'ordre technique et pratique.

Il est actuellement encore impossible d'apprécier les résultats de la vaccination, étant donné qu'elle n'est appliquée qu'à un nombre forcément limité d'enfants. Le nombre des cas de diphtérie déclarés par an oscille toujours autour de 300. Si la vaccination était rendue obligatoire, il est cependant à prévoir que ce chiffre baisserait dans de fortes proportions.

6° COURS DE GYMNASTIQUE ORTHOPÉDIQUE

Pour lutter contre les déformations osseuses, si répandues dans les milieux scolaires, la pratique d'exercices physiques bien réglée est toute indiquée. Malheureusement, en Moselle, la gymnastique laisse beaucoup à désirer. Assurée jusqu'en 1929 par des moniteurs militaires, elle est actuellement laissée à la direction des maîtres qui, pour des raisons diverses, la négligent, font des leçons irrégulières, en été tout au plus. Les médecins inspecteurs ont fait des efforts pour modifier cet état de choses, mais sans grand résultat jusqu'à ce jour.

Nous ferons cependant une exception pour Metz et Montigny, où il existe des professeurs spécialisés. De plus, ces communes ont créé en 1926 un Cours de Gymnastique Orthopédique, sur lequel sont dirigés les enfants désignés par le médecin d'école. Environ deux cents enfants sont ainsi adressés à ce cours chaque année, et ils semblent en retirer un bénéfice appréciable. Malheureusement, l'assiduité laisse souvent à désirer ; l'infirmière scolaire pourrait intervenir utilement dans ce cas.

7° BAINS DE SEL

La Ville de Metz a organisé, depuis 1927, un service de bains de sel pour enfants lymphatiques, désignés par les médecins scolaires.

Voici l'activité de ce service en 1931 et 1932, en ce qui concerne le nombre des bains donnés :

	1931	1932
	—	—
Ecole de la Monnaie	520	651
Ecole Saint-Bernard	350	193

8° ECOLES D'ANORMAUX

Le triage des enfants anormaux et arriérés présente une importance capitale au point de vue pédagogique et social. Ce triage peut très bien se faire par les médecins inspecteurs des écoles au cours de leurs visites. Mais il importe qu'on leur offre un moyen de séparer de leur milieu les enfants incapables de suivre l'enseignement habituel, pour les placer dans un institut spécial capable de les soigner et de les récupérer autant que possible.

Actuellement, en Moselle, il n'existe qu'une école de ce genre, et encore est-ce un externat, dite Ecole Auxiliaire pour Anormaux, fonctionnant depuis 1905, et recevant des enfants de Metz et Montigny. Elle se compose de trois classes de 20 élèves chacune. Le recrutement de ces enfants est fait par le médecin des écoles de Metz, au début de l'année scolaire.

Par contre, pour les autres communes, rien de ce genre n'existe encore. Cependant, le Conseil Général a acquis en 1932 le château de Verny où doit être installé incessamment une école internat pour les anormaux du département. On envisage également la création d'une consultation psycho-médicale pour le recrutement des sujets. Il est inutile d'insister sur l'utilité et l'urgence de ces mesures.

9° ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Un Office d'Orientation Professionnelle fonctionne à Metz depuis 1928, au Bureau de Placement, en liaison avec l'inspection médicale scolaire. Cependant, bien que départemental, cet Office ne s'occupe que des enfants de Metz. La liaison avec l'école se fait au moyen d'une fiche individuelle, sur laquelle sont notés les renseignements donnés par l'instituteur et le médecin scolaire. Signalons qu'actuellement, étant donné la pénurie des demandes d'emploi, cet Office n'a que rarement l'occasion de rendre service aux enfants.



La voiture dentaire — Vue extérieure



La voiture dentaire — Vue intérieure

CHAPITRE VI

Service d'Hygiène et de Prophylaxie Dentaires

Nous avons jugé nécessaire d'étudier dans un chapitre spécial l'inspection médicale dentaire, tout d'abord à cause de l'importance de cette question dans un programme complet d'hygiène départementale, d'autre part parce qu'en Moselle l'hygiène buccale a, dès le début de l'inspection médicale scolaire, préoccupé les pouvoirs publics, et qu'actuellement une organisation, sinon parfaite, du moins très en progrès sur ce qui a été fait jusqu'ici, a pu être mise sur pied.

1° BUT ET NÉCESSITÉ

On ne met plus en doute, surtout depuis la guerre, la nécessité des soins de la bouche et surtout des dents. Cette nécessité a pénétré avec une grande rapidité dans toutes les classes de la société, et ce n'est plus un étonnement de voir nos plus modestes ouvriers et paysans munis de toutes sortes d'appareils dentaires. Evidemment l'inspection médicale scolaire n'a pas pour but de

faire de l'appareillage, pas plus qu'elle ne fait d'autre traitement. Son rôle, ici comme ailleurs, sera un rôle de prophylaxie. Cette prophylaxie comprend surtout la mise en œuvre des soins destinés à favoriser la bonne pousse des dents, à dépister les premières lésions dentaires et à appliquer des soins précoces. Faute de soins, le nombre des bouches édentées est considérable ; d'ailleurs, le mal n'est pas particulier à la Moselle, il est général.

La prophylaxie consiste certes dans les soins quotidiens de la bouche : c'est là une question d'éducation générale. Mais il faut lui adjoindre une visite dentaire régulière. Le médecin inspecteur peut partiellement remplir ce rôle, mais nous ne croyons pas qu'il soit suffisamment qualifié pour faire un examen soigneux des bouches et un dépistage des lésions. Ce qui importe, c'est le dépistage des petites lésions, de façon à instituer le plus tôt possible le traitement conservateur. Il faut donc un homme de l'art qui ne peut être que le chirurgien-dentiste.

Or, s'il est relativement facile, dans les villes, d'adresser les enfants à un dentiste, notamment là où, comme à Metz, fonctionne une clinique dentaire municipale, par contre, à la campagne, les recommandations du médecin restent la plupart du temps lettre morte, d'abord parce qu'il n'y a pas de dentiste sur place ou à proximité, ensuite parce que personne ne peut fournir à des parents dépourvus de ressources suffisantes les moyens de se rendre à la ville et de payer un traitement dentaire.

Le procédé véritablement pratique d'apprendre aux enfants des campagnes les soins nécessaires à la bouche

et aux dents, c'est l'institution de tournées faites par des dentistes. C'est sur ces considérations que se basait le Conseil Général de la Moselle en approuvant, en 1932, le premier en France dans cette voie, la création d'une clinique dentaire automobile. Ce nouveau service, destiné à rendre tant de services à la population scolaire, put entrer en fonctionnement en avril 1933.

2° FONCTIONNEMENT

A. — *Clinique Dentaire Scolaire de la Ville de Metz.*

Cette clinique, créée à Metz il y a 25 ans, à l'école de la Monnaie, connaît un succès très mérité et n'a fait qu'étendre progressivement son champ d'action. Elle fonctionne actuellement tous les matins et trois après-midi par semaine. Deux chirurgiens-dentistes et deux infirmières y sont affectés. Les enfants de la ville de Montigny y sont également traités depuis 1932, grâce à l'intervention du Directeur des Services d'Hygiène. Le tout fonctionne sous la surveillance du Bureau Municipal d'Hygiène de Metz.

B. — *Clinique Dentaire Automobile.*

Ce service est assuré par une voiture automobile aménagée en un véritable cabinet dentaire ; elle a été exécutée par un constructeur local, M. Lutz, qui a mis au point les plans, avec la collaboration du Président du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Moselle. Cette voiture, montée sur un châssis de première marque, a coûté un peu plus de 100.000 francs. Nous en reproduisons la photographie ci-contre.

Les soins sont assurés par un chirurgien-dentiste. Un chauffeur conduit et entretient la voiture, il entretient le matériel et peut jouer accessoirement le rôle d'infirmier. La voiture s'installe dans la cour de l'école du village, et se relie au courant électrique de l'école. Elle fonctionne de 8 heures du matin à 4 ou 5 heures de l'après-midi.

Les dépenses de fonctionnement sont de 66.000 francs par an. Les communes versent 1 fr. 50 par an et par enfant. Le reste est supporté par le Département.

Ce service dentaire étant en principe un service rural, spécialement créé pour suppléer à l'absence de dentiste dans les campagnes, la voiture ne visite pas les centres où existe déjà un chirurgien-dentiste. Cependant, aucun contrat n'a été fait à ce sujet avec le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes.

3° RÉSULTATS

A. — *Clinique Dentaire Scolaire.*

Nous reproduisons ci-dessous l'activité de la clinique dentaire scolaire de Metz pendant ces trois dernières années :

	1931	1932	1933
	—	—	—
Enfants venus à la clinique	2499	2534	4938
Anciens	2073	2053	3991
Nouveaux	426	481	947
Consultations	1001	1033	1544
Extractions de dents de lait	1297	1301	2491
Extractions de dents permanentes	146	162	351

Pansements	208	274	777
Obturations	90	200	1220
Abcès	36	47	53
Nettoyages	—	39	1600
Redressements (séances)	11	20	2
Nombre de séances	150	154	268

On remarque la forte augmentation de l'activité en 1933, due à l'augmentation du personnel et des séances.

B. — *Clinique Dentaire Automobile.*

Bien que de création récente, puisqu'elle n'est entrée en fonctionnement qu'en avril 1933, la clinique dentaire automobile a, dès le début, prouvé qu'elle était capable de rendre effectivement les services que les créateurs en attendaient. Elle a montré tout d'abord que les enfants ont besoin de soins dentaires beaucoup plus importants qu'on ne l'avait d'abord supposé. La dentition s'est montrée plus négligée et plus mauvaise qu'on ne le pensait, l'absence de soins antérieurs à peu près totale et générale. Cette constatation, non seulement confirme la très grande utilité du nouveau service, mais amène à restreindre le rayon d'action annuel de la voiture et du chirurgien. En 1933, seul l'arrondissement de Metz-Campagne a pu être touché, alors que de nombreuses autres communes réclamaient le bénéfice de l'inspection dentaire.

Depuis le 1^{er} avril 1933, 95 communes de la région de Metz-Campagne ont été visitées, avec un total d'environ 8.000 enfants. 2.100 enfants ont été soignés, en plusieurs séances parfois. L'autorisation écrite des parents est toujours réclamée pour ces soins.

Il est apparu rapidement qu'une seule et même voiture ne pouvait suffire pour tout le département. Aussi le Conseil Général a-t-il décidé, en octobre 1933, l'acquisition d'une nouvelle voiture. Un crédit de 78.000 francs a été voté à cet effet, la nouvelle voiture étant plus simplifiée que la première et moins luxueuse ; elle est entrée en fonctions au mois de janvier 1934.

Signalons que la voiture dentaire actuellement en service a été présentée au Congrès d'Hygiène de Nancy de 1933, où elle a été l'objet d'une vive et sympathique curiosité de la part des hygiénistes venus de toutes les régions de la France.

CHAPITRE VII

Effort financier

Le service de l'inspection médicale scolaire nécessite de la part du département et des communes un assez gros effort financier. Nous pouvons grouper ces dépenses en deux catégories :

1° D'une part, celles résultant du service de surveillance médicale et dentaire proprement dit, et dans lesquelles sont compris :

- les traitements des médecins, dentistes et infirmières,
- leurs indemnités de déplacements,
- les frais d'exécution des imprimés (Carnets de Santé, Questionnaires, Cartes-lettres, etc.),
- les frais d'achat de sthétoscopes, d'abaisse-langues, de rubans métriques, de serviettes, etc.,
- les indemnités du personnel enseignant,
- les frais d'entretien de la voiture dentaire, etc...

2° D'autre part, les dépenses résultant des services annexes :

- crédits de placement dans les colonies de vacances, écoles de plein air, préventoriuns ou sanatoriuns,
- subventions aux dispensaires et aux Comités de Croix-Rouge,
- subventions pour les soupes scolaires,
- crédits de vaccination antidiphthérique, etc...

Nous avons donné un aperçu sur cette deuxième catégorie de dépenses au cours des chapitres précédents. Il est assez difficile d'en fixer le montant total par année, étant donnée la dispersion des œuvres intéressées.

Par contre, il est facile de relever le total des dépenses d'inspection médicale proprement dite pour chaque année. Nous reproduisons dans le tableau suivant les chiffres pour les quatre dernières années :

	1930	1931	1932	1933
Total des dépenses engagées	243.467	245.900	247.409	353.085
Part du département . .	152.105	143.623	140.677	222.680
en %	62,5 %	57,91 %	56,8 %	63,1 %
Part des communes . .	91.362	102.276	106.732	130.396
en %	37,5 %	42,09 %	43,2 %	36,9 %
Nombre d'enfants visités	45.681	49.135	52.250	55.285
Dépense par enfant visité .	5,33	5,005	4,73	6,39

On remarque de suite la forte augmentation des dépenses en 1933 ; elle est due à la création du service dentaire automobile, qui est très coûteux pour le département. Les dépenses de fonctionnement pour une voiture, capable de visiter environ 8.000 enfants par an, sont en effet de 66.000 francs, soit 8 fr. 25 par enfant. Les communes ne remboursant que 1 fr. 50 par enfant, il reste 6 fr. 75 à la charge du département. Nous ne comptons pas parmi les dépenses celles résultant de l'achat de la voiture dentaire.

CONCLUSIONS

L'inspection médicale des écoles, telle qu'elle fonctionne en Moselle depuis 1926, montre comment un tel service peut s'organiser et s'adapter progressivement à toutes les exigences de la santé de l'écolier. Elle nous fait voir la nécessité d'une collaboration étroite avec les autres organisations sociales, condition essentielle pour obtenir des résultats réels.

Nous nous permettons, en guise de conclusion, de formuler quelques vœux, tendant à perfectionner et compléter l'œuvre commencée :

1° Il serait à désirer que le service puisse être étendu d'office à toutes les écoles communales et privées du département. A ce point de vue, l'adoption par le Parlement du projet de loi du Docteur LEGROS serait à souhaiter. Ce projet spécifie notamment :

« Il est établi dans chaque département, sous la direction du Directeur départemental d'Hygiène, sous le contrôle des autorités académiques et sous l'autorité du Préfet, en liaison avec les organismes annexes de consultations et d'examens médicaux, et avec le concours d'assistants et d'assistantes d'hygiène sociale, un service

obligatoire d'inspection médicale des établissements d'enseignement secondaire, publics et privés, ainsi que des écoles maternelles. »

2° Au point de vue du recrutement du personnel médical, il serait à souhaiter que l'attention des pouvoirs départementaux soit spécialement portée sur la possession d'un diplôme d'Hygiène, complété de préférence par un stage suffisant dans un dispensaire et une pratique médicale sérieuse.

3° Pour les infirmières scolaires, il est certain que leur nombre est actuellement insuffisant. Il en faudrait au moins deux par circonscription.

4° Nous souhaitons également que l'instruction du personnel enseignant soit plus poussée à l'école normale sur toutes les questions d'hygiène scolaire, le carnet de santé, les maladies habituelles de l'enfance, les notions sur les lois sociales.

5° L'examen clinique des maîtres devrait être rendu obligatoire, comme moyen de prophylaxie des maladies contagieuses.

6° Au point de vue de la gymnastique, nous ne pouvons que souhaiter son extension, espérant qu'elle sera bientôt obligatoire et enseignée régulièrement par des maîtres compétents.

7° Les rapports de l'inspection scolaire avec les médecins traitants, le personnel enseignant, les dispensaires, les organismes de protection de l'enfance, doivent continuer à être très étroits et se resserrer encore davantage si possible.

8° Au point de vue des bâtiments scolaires, il serait à désirer que l'action des médecins scolaires puisse se

manifester d'une façon plus active, que leurs doléances soient mieux prises en considération, qu'ils soient plus fréquemment et plus régulièrement consultés sur les aménagements et les constructions des groupes scolaires, qu'ils soient délégués d'office aux Comités des constructions scolaires.

9° Remarquons enfin que, malgré son utilité incontestable, l'inspection médicale des écoles ne doit pas transformer l'école en une clinique. Son seul but est le dépistage des affections non soumises au traitement, dans un but de protection individuelle et collective. Jamais elle ne doit faire de thérapeutique proprement dite, c'est la seule façon de concilier les intérêts de la collectivité et ceux des syndicats médicaux.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBAN. — L'inspection médicale des écoles. Son but, ses moyens, ses tendances modernes. — *Toulouse Médical*, 13 janvier 1925.
- BENECH. — L'organisation de l'hygiène scolaire de la ville de Nancy. — *Rev. Méd. de l'Est*, 15 juillet 1925.
- BENECH, PAYSANT, THOUVENIN. — L'inspection médicale à Nancy. — *La Méd. Soc.*, t. XX, n° 9, 1^{er} nov. 1931, p. 200.
- BEZANÇON. — Les infirmières scolaires. Méthode de travail et méthode de contrôle à Boulogne-Billancourt. — *III^e Congrès provincial d'Hygiène publique et sociale*, Marseille, mai 1930.
- BERNARD (L.). — Le dépistage de la tuberculose chez l'écolier. — *Pédiatrie*, juillet 1932, n° 7, p. 155.
- BOURDINIÈRE. — Inspection médicale dentaire et organisation sanitaire en France. — *Mouvement sanitaire*, juillet 1932, p. 416.
- BOYE. — L'inspection médicale des écoles. — *L'Hygiène Sociale*, 25 décembre 1930.
- DUFESTEL. — Etat actuel de l'inspection médicale des écoles. — *Paris Médical*, 20 novembre 1926.
- DUFESTEL. — Inspection médicale des écoles. — *Hygiène Sociale*, octobre 1928.

- DUFESTEL. — Comment est-il possible d'organiser en France une inspection médicale effective des écoles. — *Revue Médicale Française*, décembre 1930.
- GRANDJEAN. — Les diverses conceptions de l'inspection médicale des écoles. — *Revue Méd. Franç.*, décembre 1930.
- HERMAN. — Contribution à l'étude de l'inspection médicale des écoles de la ville de Lille. — *Thèse*, Lille 1930.
- JULLIEN. — Inspection médicale des élèves dans l'enseignement secondaire. — *Mouvement Sanitaire*, n° 74, 30 juin 1930, p. 341.
- NOGUÉ. — L'inspection médicale des écoles et la lutte contre la carie des dents. — *Médecine Scolaire*, janvier 1921, p. 2-11.
- PARISOT. — Rapport sur un projet de réglementation de la surveillance médicale dans les écoles. Règlement sanitaire de la ville de Nancy. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1906.
- PARISOT. — Du rôle du médecin scolaire et de l'assistante scolaire. — *Revue d'Hygiène*, 1922, t. XLIV, p. 920.
- PARISOT. — Fonctionnement de l'école de plein air. — *Revue d'Hygiène et de Prophylaxie sociale*, mars 1923.
- RAYNAL. — Morbidité dentaire et inspection scolaire chez les enfants de 7 à 13 ans. — *La Semaine Dentaire*, 9 février 1930.
- SAPET. — Hygiène dentaire infantile en France. — *La Semaine Dentaire*, 2 mars 1930.
- THÉVENIN. — L'organisation de l'inspection médicale des écoles. — *Thèse de Paris*, 1930.
-

VU :

Nancy le 23 Février 1934

Le Président de Thèse :

PARISOT.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 24 Février 1934.

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 26 Février 1934.

Le Recteur de l'Académie :

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIERES

	PAGE
AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE I. — Aperçu historique. Evolution et progression des Services d'Inspection scolaire ..	11
CHAPITRE II. — Règlementation de l'Inspection médicale scolaire. Organisation et fonctionnement.	15
CHAPITRE III. — Les bâtiments scolaires dans le département de la Moselle	47
CHAPITRE IV. — Etat sanitaire des enfants surveillés par l'Inspection médicale scolaire	53
CHAPITRE V. — Résultats de l'Inspection médicale scolaire. Ses rapports avec les Œuvres de Protection de l'Enfance	65
CHAPITRE VI. — Service d'Hygiène et de Prophylaxie dentaires	81
CHAPITRE VII. — Effort financier	87
CONCLUSIONS	91
BIBLIOGRAPHIE	95

